PSYCHOANALYTISCHE PRAXIS

VIERTELJÄHRSSCHRIFT

FÜR DIE AKTIVE METHODE DER PSYCHOANALYSE

HERAUSGEGEBEN VON DR. WILHELM STEKEL · WIEN

BAND 1 FEBRUAR 1931 HEFT 1

INHALTSVERZEICHNIS DIESES HEFTES:



VERLAG S. HIRZEL IN LEIPZIG C 1

PSYCHOANALYTISCHE PRAXIS

Herausgegeben von Dr. Wilhelm Stekel, Wien VIII, Lange Gasse 65. Vierteljährlich erscheint ein Heft. 4 Hefte umfassen einen Band. Preis 8 RM, Einzelhefte werden mit 3 RM berechnet (ausschließlich Porto). Die Mitglieder der Internat. Vereinigung ärztlicher Analytiker und der Allg. ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie erhalten bei direkter Bestellung durch den Verlag einen Vorzugspreis von RM 6.40 (ausschließlich Porto). / Die Herren Mitarbeiter erhalten von ihren Originalbeiträgen 50 Sonderdrucke kostenlos geliefert. Ein Mehrbedarf wird zum Selbstkostenpreise berechnet und muß bei Rücksendung der Fahnenkorrektur angegeben werden

Die nächsten Hefte werden enthalten:

Die Fortsetzungen der „Technik der Psychoanalyse" von W. Stekel — Ein seltener Fall von Begegnungsangst von E. Gutheil — Zur Psychologie der Ereuthophobie von W. Stekel — E. Bien, Ein Fall von Platzangst — E. Tremmel, Eine provozierte Fehlhandlung — W. Stekel, Analyse eines Defäkationstraumes — E. Bien, Dreifache Deutung eines Traumes — Rosenbaum, Menschliche Gegenkräfte — Rosenbaum, Zur Traumdeutung. — E. Bien, Zwei Träume aus der Praxis. — Wengraf, Zur Psychotherapie gynäkologischer Störungen — Bircher, Ein Fall von Migräne

Anschriften der Mitarbeiter dieses Heftes:

Dr. **Wilhelm Stekel,** Wien VIII, Lange Gasse 65 / Dr. **A. Missriegler,** Andrä-Wördern bei Wien / Dr. **E. Bien,** Wien VIII, Florianigasse 1 / Dr. **Samuel Löwy,** Bratislava, Mickiewiczova 10 / Dr. **Alfred Bretschneider,** Mülheim-Ruhr

VERLAG S. HIRZEL / LEIPZIG C 1

Geleitwort

Eine neue psychotherapeutische Zeitschrift soll bei der Fülle der bereits vorhandenen ihre Existenzberechtigung beweisen. Sie wird dies am ehesten tun, wenn sie den Lesern eine Probe ihrer Arbeitsrichtung vorlegt.

Die Überwucherung des nur Theoretischen, die Hypertrophie des exklusiv Gedanklichen, das Eindringen der exakten Philosophie in die moderne Psychotherapie, mögen für jeden denkenden Arzt eine Fülle von wissenschaftlicher Belehrung ergeben. Aber welcher praktische Psychotherapeut hat im Hasten und Drängen der täglichen Berufsarbeit die Zeit und die Möglichkeit, aus der literarischen Überproduktion auf dem Gebiete der Psychotherapie das für die Praxis Wertvolle zu studieren und sich anzueignen? Der Praktiker hat, jenseits aller Schulaspekte, nur ein Ziel: Dem Kranken zu helfen! Er will aber auch so schnell als möglich helfen! Er verlangt Tatsachen, er will Fehler vermeiden, er will aus einer reichhaltigen Kasuistik Richtlinien für die eigene Tätigkeit erhalten und gangbare Vorschläge zur Behandlungstechnik erproben. Diesen Wünschen, und nur diesen, wollen wir gerecht werden.

Wir bringen weder Kritiken noch Referate, da sie der Psychotherapeut, in mustergültiger und erschöpfender Weise dargestellt, im „Zentralblatt für Psychotherapie“ (Verlag S. Hirzel, Leipzig) findet. Unsere Zeitschrift ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben und jeder Psychotherapeut jeder Schule, ja jeder praktische Arzt wird gewiß aus der Lektüre unserer Vierteljahresschrift für die eigene Praxis die erwünschten Anregungen gewinnen. So wollen wir statt vieler einleitender Worte unsere Zeitschrift für sich sprechen lassen. Klarer als alle Auseinandersetzungen wird sie dem ärztlichen Leser zeigen, wie wir unsere aktive Methode der Psychoanalyse verstehen und handhaben.

Die „Psychoanalytische Praxis“ dient der praktischen Psychotherapie.

Wien, im Februar 1931

Dr. Wilhelm Stekel

ORIGINALIA

Die Technik der Psychoanalyse

Von

Dr. Wilhelm Stekel

I.

Die Einleitung der Behandlung

Das Schicksal einer psychoanaytischen Behandlung entscheidet sich oft in der ersten Stunde. Es ist von der allergrößten Bedeutung, zu wissen, wieweit man gehen darf mit seinen prognostischen Versprechungen. Jeder Patient ist eine Art von Shylock, der auf seinem Pfund Fleisch besteht. Es ist größte Vorsicht geboten, wenn man spätere Vorwürfe und sogar Prozesse vermeiden will. Ich werde daher, bevor ich auf die eigentliche Technik der Psychoanalyse eingehe, jene Vorsichtsmaßregeln besprechen, die unbedingt notwendig sind, wenn die Behandlung nicht mit einer Dissonanz enden soll.

Es gibt zweierlei Möglichkeiten: Der Patient fragt schriftlich an oder er erscheint in der Sprechstunde.

Ich erhalte zahlreiche Briefe, die einfach eine Frage enthalten, wie: „Können Sie mich von meinen Angstzuständen befreien?" Oder: „Ich bin seit sieben Jahren impotent, wollen Sie mich in Behandlung nehmen und können Sie mir einen sicheren Erfolg versprechen?"

Auf solche oberflächliche Anfragen hin verlange ich eine genaue Kranken- und Lebensgeschichte. Wenn diese Krankengeschichte auch oberflächlich ist, wenn auch die Lebensgeschichte wichtige Lücken aufweist, — immerhin, man kann sich schon ein besseres Bild von dem Patienten machen. In vielen Fällen handelt es sich um die wichtigen Differentialdiagnosen: Organisches oder psychisches Leiden, oder um ein organisches Leiden mit einem psychischen Überbau. Man tut daher gut, einen Bericht des Hausarztes oder des letzten Arztes, der den Patienten behandelt hat, zu verlangen.

Die Krankengeschichte sagt dem Kundigen gewiß sehr viel. Ich kenne verschiedene Krankengeschichten, die versehen mit psychologischen Kommentaren veröffentlicht wurden. Die spätere vertiefte Analyse zeigt jedoch, daß die wichtigsten Momente in der Darstellung meistens übergangen wurden.

Die Krankengeschichte mag noch so offenherzig sein, — sie versagt doch in bezug auf das „Skotom“, das jeder Patient für sein eigenes Leiden besitzt. Ein Homosexueller mag eine treffende Darstellung seiner ersten homosexuellen Regungen liefern, er mag bis an die Grenze der Aufrichtigkeit gehen, er wird aber die wichtigsten Momente, die später die Psychogenese seiner Homosexualität aufdecken, nicht erwähnen, weil er für diese Momente blind ist und sie nicht sehen kann (oder nicht sehen will — davon später). Wir sagen er ist „skotomisiert“.

Immerhin! Wir können wichtige Schlüsse ziehen und uns schon auf Grund unserer Erfahrungen ein Bild über den Verlauf der Analyse und ihrer Prognose machen.

Man lasse sich nicht von der Bereitwilligkeit der Patienten täuschen, von ihrem Leiden befreit zu werden. Man glaube nicht allen diesen Versicherungen und Beteuerungen. („Sie werden einen unendlich dankbaren Menschen finden!“ Oder: Sie sind meine letzte Hoffnung. Versagen Sie, so bleibt mir nur der Ausweg des Selbstmordes.“ Oder: „Ich habe das größte Vertrauen zu Ihnen! Sie sind der Einzige der mir helfen kann und mir helfen wird!“)

Man halte sich immer vor Augen, daß neben dem „Willen zur Gesundheit“ auch ein „Wille zur Krankheit“ besteht. Jede parapathische Krankheit hat eine wichtige Funktion. Sie ist eine Art von Kompromiß zwischen Schuld und Sühne, ein Kompromiß, das dem Patienten das Leben ermöglicht. Sie hat geheime Tendenzen und verborgene Lustprämien, die auf den ersten Blick nicht zu erkennen sind, sie ist eine Art von Notverband, ein Heilungsversuch mit untauglichen Mitteln; aber trotz alledem: ein Heilungsversuch. Sie kristallisiert sich um ein Geheimnis, das der Patient nicht preisgeben will.

Kurzum wir haben in jedem Falle mit einem heftigen Widerstand zu rechnen. Der Patient verteidigt sein Leiden, er kämpft um sein Leiden, er weicht den Heilungsmöglichkeiten aus, weil er sich in seiner fiktiven Welt sicher und geborgen fühlt, während wir sein schwankendes Boot dem Spiel der stürmischen Wellen aussetzen wollen, wir wecken Affekte, die er durch sein Leiden vermeiden will.

Schon diese Tatsache sollte uns vor Augen führen, daß eine Heilung von zwei wichtigen Faktoren abhängt: Von unserer Kunst und von dem Willen des Patienten[1]).

Wir können daher als ehrliche Ärzte keinem Patienten absolut sichere Heilung versprechen. Wir können ihm versichern, daß wir viele ähnliche Patienten geheilt haben, daß sein Leiden als solches heilbar sei, aber wir dürfen unter gar

[1]) Ein Zwangspatient, mit dem ich im Beginne meiner psychoanalytischen Praxis ein Jahr lang gerungen hatte, rief mir in der denkwürdigen letzten Sitzung zu: „Sie können mich nicht heilen, wenn ich nicht will — und ich will nicht.“

keinen Umständen sichere Heilung versprechen. Wir müssen gleich betonen, daß seine Heilung auch von seiner Heilungsbereitschaft abhängt.

Diese Heilungsbereitschaft ist ein wichtiger Faktor. Wird das parapathische Leiden wahrhaft ein Leiden, stört es das Individuum empfindlich in seinen sozialen Funktionen, ist es bereit seine fiktive Welt der Realität zu opfern, so ist die Prognose besser, als wenn der Patient zur Analyse gezwungen wird oder auf sie eingeht, nur „um einen letzten Versuch zu machen, obwohl er der ganzen Sache skeptisch gegenübersteht." Söhne, die von ihren Vätern gebracht werden, Töchter, die zur Analyse gezwungen werden, Homosexuelle und Paraphile, die unter der Drohung eines Gerichtsverfahrens stehen — also durch äußere Umstände und Einflüsse bewogen, nicht aus eigenem Antrieb —, sie alle ergeben eine schlechte Prognose.

Man muß auch reif sein für die Heilung, und das freiwillige Aufsuchen eines Psychotherapeuten zeigt schon einen gewissen Grad von Heilungsbereitschaft, obwohl es viele Patienten gibt, die spielen, als ob sie geheilt werden wollten, — um ihr Gewissen zu beruhigen. Andere zeigen eine ehrliche Heilungsbereitschaft. Es sind die idealen Fälle der Psychoanalyse.

Trotz dieser Heilungsbereitschaft besteht der geheime Wille zur Krankheit. Wir haben als vorsichtige Psychotherapeuten mit diesem Willen zu rechnen und müssen schon aus diesem Grunde alle taktischen Fehler in der Analyse vermeiden.

Ein solcher Fehler ist das frühzeitige Aufzeigen der inneren Motive des Leidens.

Der Patient lechzt nach Verständnis. Dies Verständnis soll sich aber nur auf die Art seines Leidens und seiner Gefühlsstörung beziehen. Ein arger Fehler wäre es in der ersten Stunde Erklärungen zu geben, die den Patienten ahnen lassen, daß wir die geheimen Mechanismen seiner Parapathie verstehen. Inzestbindungen sollen nie erwähnt werden, auch wenn der vorgeschulte Kranke sie in der ersten Stunde vorbringt. Dagegen ist es sehr geraten, in der ersten Stunde auf die von Adler als endgültige Motive betrachteten Eigenarten und Einstellungen des Patienten einzugehen: auf seine Minderwertigkeitsgefühle, auf seinen gehemmten Aggressionstrieb, auf seinen Mangel an Aktivität, auf seine Mutlosigkeit usw. Gefährlich ist das Hereinziehen der Familienkonstellation und infantiler Momente.

Es ist überhaupt ratsam in der ersten Stunde nur zu hören, hie und da eine Bemerkung einzustreuen und nicht zu zeigen, daß man die inneren Mechanismen versteht. Man rede nicht von Schwesterbindung oder Ödipuskomplex, auch wenn der Patient sie selbst vorbringt. Viele dieser Patienten sind in der Literatur sehr bewandert, haben sich versucht selbst zu analysieren, beginnen die Behandlung mit der Konstatierung eines Faktums: Ich habe einen Mutter-

komplex oder ähnliches. (Oft tun sie es nur, um den Arzt auf die Probe zu stellen.)

Jeder Patient verlangt das lebhafteste Interesse für seinen Fall. Er ist im Beginne stolz, daß er ein interessanter Fall ist. Binnen kurzem wird er diesen Umstand als Widerstand ausbauen. Der Arzt interessiere sich nur für seinen Fall und nicht für seine Persönlichkeit.

Ich sage daher keinem Patienten, daß er ein interessanter Fall ist. Oft hört man die Frage: „Haben Sie schon ähnliche Fälle gesehen oder mit Erfolg behandelt?" Ja, es gibt Patienten, die die Adressen von Patienten verlangen, die man behandelt hat, um sich zu überzeugen, daß ihr Leiden wirklich heilbar sei.

Wenn ich es einst aus psychologischen Versuchszwecken gestattet habe, so habe ich immer wieder konstatieren können, daß dies Vorgehen nutzlos ist. Der Patient zweifelt, ob der Patient nicht präpariert wurde. Ob ich nicht einige Paradefälle bereit habe, die dann als Beweisstücke vorgeführt werden könnten.

Ein Arzt, der sich von seiner Zwangskrankheit (Manie de perfection) befreien lassen wollte, bat mich flehentlich, ich möge ihm aus rein wissenschaftlichem Interesse geheilte Fälle von Zwangskrankheit seiner Art vorstellen. Ich gab ihm einige Adressen von Patienten, die durch die Analyse lebens- und arbeitsfähig gemacht wurden, und die sich mir freiwillig als Zeichen der Dankbarkeit für diesen Zweck zur Verfügung gestellt hatten. Das Resultat? Er bohrte so lange bei den ehemaligen Patienten, bis er einen kleinen Rest der Krankheit fand, einen Rest, den sich fast jeder Patient zurückhält. Dieser Rest genügte ihm, um wieder seinem Zweifel Tür und Tor zu öffnen.

Ich gehe daher auf diese Vorschläge nie mehr ein. Wenn der Patient mir sagt: „Wenn Sie mir nur einen geheilten Fall demonstrieren, so lasse ich mich gerne behandeln!", so lehne ich die Behandlung ab. Ich habe schon betont, daß die meisten Patienten das strikte Versprechen der Heilung verlangen. Fast alle wollen einen bestimmten Termin wissen, nur wenige verlangen Heilung, ohne nach der Dauer der Behandlung zu fragen.

Doch es gibt auch Patienten, die im Beginne der Behandlung gleich betonen: „Ich frage nicht nach der Dauer der Analyse, wenn ich nur die Gewißheit habe, daß Sie mich heilen werden. Ich weiß, daß ich kein leichter Fall bin."

Wie soll man sich in diesem Falle benehmen?

Ich werde später auseinandersetzen, daß ich kurze Behandlungszeiten veranschlage, aber innerhalb dieser kurzen Zeit lasse ich mir einen gewissen Spielraum. Ich sage: „Gewöhnlich benötige ich für solche Fälle 2—3 Monate. (Wir werden über die Indikationen noch sprechen.) Die Behandlung kann unter Umständen 4 Monate dauern. Über diese Zeit gehe ich nie hinaus.

Ich habe die Erfahrung gemacht, daß man Fälle, die man in vier Monaten nicht heilen kann, auch in einem Jahre nicht zur Heilung bringen kann.

Ich spreche mich in der ersten Stunde (sehr leichte Fälle ausgenommen) nie über die Dauer und die Aussichten aus. Ich veranschlage erst eine Woche Probezeit, um mich über das Wesen der Krankheit und des Patienten zu informieren.

Ärzte, die einen Fall unter allen Umständen festhalten wollen, machen oft die traurige Erfahrung, daß er ihnen davonläuft. Merkt der Patient, daß der Arzt ihn aus wissenschaftlichen oder materiellen Gründen durchaus halten will, so fühlt er sich als der Stärkere und beargwöhnt Habgier und persönliche Interessen.

Je weniger der Arzt zeigt, daß er den Patienten unter allen Umständen fesseln will, desto leichter bekommt er ihn in seine Gewalt. Es ist reine Erfahrung, die ich auch in der Praxis gemacht habe. Vor meiner analytischen Ära war ich der Sklave meiner Patienten. Kam ich einmal etwas später, so machte man mir Vorwürfe — oder es war schon ein anderer Kollege da. Als ich meine allgemeine Praxis aufgab, weil die Psychoanalyse mir keine freie Zeit übrig ließ, liefen mir die Patienten nach und flehten, ich solle doch kommen.

Das gleiche erlebt man in der Analyse. Oft ist es das beste Mittel, den Widerstand des Patienten und sein Mißtrauen zu überwinden, daß man ihm die Behandlung kündigt. Davon noch später bei Besprechung der Widerstände in der Analyse.

Der Vorschlag einer Probewoche hat unendlich viel für sich. Der Arzt informiert sich über den Patienten und seine Art, die Widerstände zu produzieren oder zu verhüllen, über den Grad seiner Aufrichtigkeit und seiner Heilungsbereitschaft. Er erkennt auch die geheime Lustprämie des Patienten, bekommt einen Einblick in seine Familienverhältnisse und kann beurteilen, wie die Heilungsaussichten stehen.

Alle Patienten verfälschen die Wahrheit in der ersten Stunde, ja man kann es behaupten: Sie lügen alle! Schon in den ersten Stunden kann man sich überzeugen, daß die sehr glückliche Ehe einer Frau eine sehr unglückliche ist, daß keine Möglichkeit einer Änderung besteht, daß ihr Leiden mit der unglücklichen Ehe zusammenhängt und daß daher die Heilungsaussichten viel geringere sind, als in den Fällen, in denen wir uns nicht an den Wällen der Realität stoßen müssen.

Die Bedingung einer Probewoche läßt den Patienten zittern, der Arzt werde ihn nicht annehmen. Er hofft, es werde doch der Fall sein, er sieht dann in der definitiven Annahme des Falles die Möglichkeit einer Heilung. Mehr darf man ihm nicht versprechen.

Es gibt aber gewiß Fälle, bei denen man von der Probewoche absehen kann und den Patienten sofort in Behandlung nimmt. Auch da sei man in der Prognose außerordentlich vorsichtig.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich meine Kollegen darauf aufmerksam machen, daß der Analytiker überhaupt in seinen Aussprüchen und Versprechungen sehr vorsichtig sein muß. Die Patienten haben eine unangenehme Art, sich jeden Ausspruch zu merken und ihn später dem Arzte vorzuhalten, wenn er sich später unglücklicherweise widersprechen sollte.

„Sie haben gesagt!" . . . . Dieser Satz spielt eine große Rolle in der Analyse. „Sie haben gesagt, daß Sie mich in zwei Monaten heilen werden! Nun sind die zwei Monate vorüber — und ich bin nicht geheilt."

Immer muß dem Patienten vor Augen gehalten werden, daß die Heilung von zwei Faktoren, vom Arzt und dem Patienten, abhängt. Immer muß betont werden, daß der Mensch keine Maschine und die Krankheit kein mathematisches Rechenexempel ist.

Ich pflege den Patienten oft einen Vergleich vor Augen zu führen. „Nehmen Sie den Fall, ich wäre Ingenieur und bekäme den Auftrag, einen kleinen Tunnel durch einen Hügel zu bohren — oder ein Fundament für ein Haus auszuheben. Auf meine Instrumente kann ich mich verlassen. Sie sind scharf und bewältigen jedes Material. Aber die Raschheit des Erfolges hängt vom Material und von dem Widerstande des Materials ab. Je spröder das Material ist, desto länger wird es dauern . . ."

Vergleiche sind oft von Vorteil. Es kommen Patienten, die in der ersten Stunde geheilt werden wollen. Sie verlangen ein Medikament, eine Kur oder einen Rat. Sie wissen nichts von Psychoanalyse und wollen wissen, was diese Behandlung bedeutet.

Ich pflege die Vergleiche aus dem Berufe des Patienten zu wählen. Einem Kaufmann kann ich sagen: „Nehmen Sie an, Ihr Geschäft gehe schlecht. Einnahmen und Ausgaben sind im Mißverhältnis. Es fehlen Summen, über die Sie keine Rechenschaft geben können. Sind die Bücher richtig geführt worden? Sie werden einen Buchsachverständigen holen. Wird er Ihnen auf den ersten flüchtigen Blick in Ihre Bücher, auf die erste Einsicht und Durchsicht sagen können, wo der Fehler steckt und was Sie reorganisieren müssen? Nein! Er wird eine genaue Einsicht in Ihre Bücher, ein genaues Studium Ihrer Bilanz beanspruchen, was Wochen in Anspruch nehmen wird. Sie sind seelenkrank. Irgend etwas stimmt in der Bilanz Ihrer Seele nicht. Ich muß die Bücher Ihrer Seele, Ihr Soll und Haben studieren. Geben Sie mir die notwendige Zeit, und dann kann ich Ihnen die Wege der Heilung weisen."

Bei einem Ingenieur werde ich den Vergleich mit einer Maschine machen,

die defekt ist. Einem Autofahrer kann ich auseinandersetzen, daß sein Wagen schlecht angeht, daß er nicht zieht, daß er stecken bleibt, daß die Maschine zerlegt werden muß; einem Uhrmacher werde ich das Beispiel einer stehengebliebenen verstaubten Uhr vorführen, einem Chemiker die Analyse eines komplizierten Stoffes.

Es ist schwer zu verstehen, daß es noch immer Leute gibt, die von der Existenz einer Analyse keine Ahnung haben. Andere haben von der Analyse Böses gehört und reagieren: „Alles, nur keine Psychoanalyse. Ich habe einen Freund gehabt, der hat sich zwei Jahre behandeln lassen und es hat ihm nichts geholfen!"

Wie soll man in solchen Fällen vorgehen?

Ich kenne Ärzte, die die Analyse wider den Willen des Patienten machen. Sie schleichen sie auf Umwegen ein. Ein Kollege elektrisiert seine Patienten, läßt einen schwachen Strom den Körper passieren und stellt unterdessen Fragen und — ehe er sich versieht — ist der Patient in der Analyse drinnen. Ich liebe derartige Umwege nicht. Ich verspreche auch nicht, daß ich das Thema der Sexualität meiden werde, was oft überkeusche Patienten mit starker Verdrängung ihrer übermächtigen Sexualität verlangen. Allerdings darf man in diesen Fällen nicht unvorsichtig und roh auf den pathogenen Komplex vorstoßen.

Andere wieder verlangen, daß man sie nicht nach dem Namen fragen soll oder geben einen falschen Namen an, woran gar nichts liegt. Später fassen sie Vertrauen und nennen ihren richtigen Namen.

Ich habe schon betont, wie wichtig es ist, in der ersten Stunde mit seiner Erkenntnis hinter dem Berge zu halten. Der Patient scheint nach Verständnis zu lechzen. Aber zwischen seinem Verlangen nach Verständnis und seiner Bereitwilligkeit die Erkenntnis anzunehmen klafft ein tiefer Abgrund.

So paradox es klingt: Je weniger der Patient ahnt, daß man die Tiefe seiner Probleme erfaßt, desto freudiger wird er auf den Vorschlag der Analyse eingehen.

Ich möchte nicht verallgemeinern. Es gibt gewiß Ausnahmen, aber wer die Regel befolgt, in den ersten Stunden zurückhaltend zu sein, der wird am besten fahren.

Oft kommen Patienten mit einer vorgefaßten Meinung. „Ich fürchte, Sie werden mir sagen, daß ich homosexuell bin" oder „daß ich an meine Mutter fixiert bin" usw. „Davon möchte ich nichts hören."

Solche Patienten haben eine vorgefaßte Meinung, sie schützen sich gegen eine bestimmte Richtung der Analyse und geraten in Affekt, produzieren Widerstände, wenn man auf den heiklen Punkt vorstößt. In diesen Fällen betone ich den Patienten, daß ich prinzipiell nichts in sie hineinlege, ihnen nichts

suggeriere. Ich bin nur kritischer Beobachter ihrer Seelenvorgänge ohne vorgefaßte Meinung.

Die Angst der Patienten, daß man ihnen etwas Falsches suggerieren könnte, ist sehr groß. Oft kann man nach einer Analyse den Vorwurf hören, Sie haben mir dies oder jenes suggeriert, das gar nicht in mir war. Solchen Patienten muß von Haus aus der Unterschied zwischen Hypnose, Suggestion und Analyse klargemacht werden.

„Ihr „nervöses“ Leiden ist eine seelische Störung. Sie wissen selbst nicht, wo Sie der Schuh drückt. Ich weiß es auch nicht. Aber ich hoffe, wir werden es in gemeinsamer Arbeit finden. Irgendein seelischer Konflikt ist die Ursache ihrer Störung. Nehmen Sie den Fall, ich würde Sie hypnotisieren. Ich würde Ihnen versichern, daß Sie die nervösen Symptome überwinden werden. Es wird Ihnen besser gehen. Aber die Seelenwunde ist nicht geheilt. Sie besteht weiter. Sie werden entweder mein Sklave sein, immer zu mir kommen müssen und wieder nach einer neuen Hypnose verlangen oder Sie werden an den Erfolg verzweifelnd zu einem anderen Arzte gehen. Sie gleichen einem Menschen, der in einem dunklen Zimmer mit einem unsichtbaren Feinde kämpft. In der Analyse drehe ich das Licht auf, Sie werden Ihren inneren Gegner sehen und werden Ihre Kräfte mit ihm messen. Wenn Sie im Dunkeln kämpfen, können Sie kostbare Objekte Ihrer Seele zerstören. Die Hypnose macht kein Licht. Es fällt kein Strahl in das Dunkel Ihrer Seele. Eine fremde Macht drängt Ihnen ihren Willen auf. Ebenso ist es mit der Suggestion. Sie haben es ja selbst mit Coué versucht. Sie haben sich vorgesagt, daß es Ihnen täglich besser geht. Es hat nicht geholfen. Es ist ein kindisches Spiel. Analyse heißt das Persönlichkeitsgefühl herstellen, es heben, Ihnen aus eigener Erkenntnis Mut geben. Suggestion und Hypnose zerstören das Persönlichkeitsgefühl. Sie werden Sklave eines fremden Willens und Ihr Konflikt wird verdeckt. In der Analyse wird er aufgedeckt. Das ist die einzige Möglichkeit einer dauernden Heilung.“

Ich will nicht verhehlen, daß ich die Hypnose manchmal anwende. Sehr selten, aber gegen das Ende der Analyse. Wir werden bei Besprechung der letzten Stunden der Analyse darauf zurückkommen. Ich will auch nicht leugnen, daß ich Suggestion anwende im Rahmen der Analyse. Ich weiß, daß die orthodoxen Freudianer darüber entsetzt sein werden. Sie halten daran fest, daß die bloße Erkenntnis heilt. Aber ist es ein Fehler, dem Patienten, der entmutigt ist, Hoffnung zu geben, ihm ein erreichbares Ziel zu zeigen, sein Minderwertigkeitsgefühl aufzuheben? Ist Analyse nur Erkennen? Nein, es ist Erkennen, um zu führen und zu heilen. Gleichgültig, welche Mittel wir anwenden, wenn wir das hohe Ziel erreichen, dem Patienten zu helfen und ihn aus seiner mißlichen Situation zu befreien.

Dies Helfen ist gar nicht so leicht, wie es sich der Anfänger vorstellt. Die Krankheit hat eine gewisse Schutzfunktion, sie hat eine geheime Lustprämie. Wir werden später dafür Beweise vorbringen. Auf diese Lustprämie will der Kranke nicht verzichten. Man bedenke auch, daß die Krankheit konstruiert wurde, um etwas nicht zu sehen. Sie kristalliert sich um ein Geheimnis. Der Kranke hat ein Skotom. Töricht zu verlangen, daß er freudig zugibt: „Sie haben recht, ich habe das nicht einsehen wollen.“ Es kommen auch Fälle vor, wo man mit einem einzigen kühnen Eingriff das Skotom zu beheben trachtet. Es gibt eine kleine und eine große Analyse, wie es eine kleine und eine große Chirurgie gibt. Zwischen einer Laparotomie und der Öffnung eines Panaritiums schwanken die Aufgaben des Chirurgen. Ebenso ist es in der Analyse. Es gibt durchsichtige leichte Fälle, monosymptomatische Parapathien, die man in der ersten Stunde angehen kann und mitunter mit glänzendem Erfolge. Die Behandlung der schweren Fälle kann man mit einer Laparotomie vergleichen. Diese Operation geht unter ständigem Widerstand des Analysierten vor sich, denn die Psychoanalyse raubt dem Patienten seine geheime Lustprämie. Die Parapathie ist Selbstschutz, Strafe und Lust, Strafe für eine verbotene Lust und zugleich Lust der Strafe. Die meisten parapathischen Leiden waren erst Lust. Nehmen wir den Fall des Sadisten, des Exhibitionisten, des Onanisten, die von ihrem Zwang befreit werden wollen, da liegt es auf der Hand, daß es sich um Lust handelt, die in eine andere Lust, in die sog. normale umgewandelt werden soll.

In anderen Fällen steckt die Lust tiefer verborgen. Ein Pfarrer macht sich Vorwürfe, daß er als siebzehnjähriger Junge mit seiner Schwester gespielt hat. Um diese Sünde zu büßen, ist er Pfarrer geworden. Er leidet an Angstzuständen und Grübelsucht, er versucht seine Seele durch Bußen reinzuwaschen. Wo steckt die Lust seines Leidens?

Vorwürfe sind Ausflüchte der Seele, um in lustbetonten Erinnerungen zu schwelgen.

Der Vorwurf bezieht sich auf unbewußte Erkenntnis: „Wenn ich heute in der gleichen Lage wäre, ich würde das gleiche tun.“ Vorwürfe sind oft eine Lustquelle, das böse Gewissen oft ein Vorwand lustbetonte Erinnerungen zu erneuern. Man erkennt die Schwierigkeiten unserer Aufgabe. Wie können wir den Patienten von seinen parapathischen Symptomen befreien, wenn sie Vorwand sind, sich sexuellen Phantasien hinzugeben, wenn sie eine Wiederholung des Inzestes bedeuten? Er muß also erkennen, daß der Vorwurf ein Scheinmanöver ist, er muß erkennen, daß er nicht vergessen will und kann — und das ist schon eine viel schwierigere Aufgabe.

Nun wäre es ein arger Fehler, einem derart eingestellten Patienten in der ersten Stunde die Wahrheit an den Kopf zu werfen: „Sie würden in gleicher

Lage den Vorfall wiederholen, ja Sie sehnen eigentlich diese Wiederholung herbei." Er würde uns entrüstet verlassen und wir hätten nichts erzielt, als daß sich seine Phantasien noch tiefer hinter den Vorwürfen verstecken würden.

Ebenso geht es mit Patienten, die schon eine oder mehrere Analysen hinter sich haben. Sie pflegen zu sagen: „Sie werden es leicht haben. Ich bin schon analysiert. Ich habe alle Komplexe erkannt. Es muß noch irgend etwas fehlen, denn es geht mir trotz aller Aufdeckungen und Erklärungen nicht besser."

Ich möchte gleich aufmerksam machen, daß diese Fälle die schwersten sind. Alle Patienten, die bereits analytische Kenntnisse haben, sind eigentlich für die Analyse verdorben.

Wir müssen hier eine theoretische Einschaltung machen, die von größter Wichtigkeit ist. Die Störungen, mit denen wir zu tun haben, sind Affektstörungen und Triebstörungen. (Der Affekt ist der Exponent eines Triebes.) Was wir dem Patienten geben ist Einsicht, ist intellektuelle Arbeit. Logos und Pathos sind Gegensätze. Der Logos kann das Pathos nicht besiegen. Mit anderen Worten: „Die Erkenntnis muß selbst ein affektativer Vorgang sein!"

Wir nennen diesen affektativen Vorgang der inneren Erleuchtung: das analytische Erlebnis.

Dieses analytische Erlebnis können wir nur den Patienten geben, denen wir eine neue überraschende Erkenntnis bringen: den Blitz der Erleuchtung. Patienten, die schon mehrfach analysiert wurden, oder die in der analytischen Literatur bewandert sind, haben sich gegen dieses Erlebnis immunisiert. Sie spielen Erkenntnis, ohne sie erlebt zu haben.

Ich habe schon erwähnt, daß unsere Patienten seelenblind sind, daß sie an einem Skotom leiden. Wir nennen diese Skotomisierung mit Freud „Verdrängung". In der Analyse wird die Verdrängung aufgehoben, das Skotom scheint beseitigt. Aber die Krankheit zeigt ein ungeheueres Beharrungsvermögen. Der Patient spielt dann, als ob er alles wüßte, als ob er seiner Komplexe ledig wäre — und behält sie weiter. Eine Mutterbindung wird erkannt und es wird gespielt, als ob sie überwunden wäre, während sie in Wirklichkeit in den Tagesträumen fortgesetzt wird und ihre psychische Wirksamkeit unverändert Symptome zeitigt.

Ich nenne dieses Phänomen die sekundäre Verdrängung, die weit schwerer zu beheben ist, als die primäre. Ja bei schwachen Gehirnen (mit konstitutioneller Disposition zu Schizophrenie oder einer anderen Paralogie) kann die sekundäre Verdrängung zur Flucht in den Wahnsinn führen.

Die Fälle sind also schwerer als solche, die in Unkenntnis jeder Analyse und aller analytischen Lehren zu uns kommen; denn den Unwissenden steht das analytische Erlebnis bevor, das schließlich zur Überwindung des Affektleidens

führen kann. Wir werden später sehen, daß es noch andere Mittel gibt, die Analyse affektreich zu gestalten. Aber man hüte sich vor guten Prognosen, wenn die Patienten vorbereitet sind.

Oft wird der Arzt gefragt, welche Bücher man lesen soll, um sich in den Geist der Analyse einzuleben. Es gibt einige populäre Werke, die man empfehlen kann; im großen und ganzen sei man im Beginne zurückhaltend. Auch Fragen über die Theorie der Analyse sind maskierter Widerstand, den man als solchen erkennen und entschleiern soll. Es gibt Patienten, die sich erst durch Bücher informieren wollen, ehe sie eine Analyse eingehen. Sie wollen in der ersten Stunde nur Angaben, was sie lesen sollen, um sich vorzubereiten. Kaum einer dieser Patienten wird wiederkommen.

Viele Patienten benützen die erste Stunde, um sich den Arzt anzuschauen und zu prüfen, wes Geistes er ist. Sie kommen schon mit einer gewissen Entwertungstendenz. Fragen nach der Konfession sind häufig in der ersten Stunde. Es gibt Patienten, die gleich nationale und konfessionelle Motive vorschieben, um die Analyse zu verhindern. „Ich würde mich nie von einem Juden behandeln lassen“ [1]).

Ich kenne Ärzte, die ihre Konfession verschweigen, um den Patienten zu fesseln. Ich halte das für unwürdig. Auch Fragen über den Glauben kommen in der ersten Stunde vor: „Glauben Sie an Gott!? Ich könnte mich nie von einem Atheisten behandeln lassen.“ Aber auch das Gegenteil kommt vor, es gibt fanatische Atheisten, die gleich in der ersten Stunde wissen wollen, ob man auch Atheist sei. Es sind meistens Menschen mit verdrängter Gläubigkeit, die vor der Erkenntnis ihrer inneren Frömmigkeit zurückschrecken[2]).

Man erkennt diese Menschen gleich, die einen Vorwand suchen, sich nicht behandeln zu lassen. Sie sehen sich den Arzt an, aber sie kommen schon mit dem Vorsatz, etwas zu finden, was die Behandlung verhindert.

---

[1]) Auch das Gegenteil kommt vor. Zu meinem Assistenten Dr. G. kam ein Hakenkreuzler und betonte, daß er sich nur von einem Juden behandeln lassen würde. Die Motivierung war sonderbar genug: „Weil die Juden klüger sind! . . .“

[2]) Auf der Heimreise von Amerika lernte ich einen hochintelligenten Amerikaner kennen, der sich mir gleich als enragierten Atheisten vorstellte. Er hatte seine Frau geheiratet, nur weil sie auch Atheistin war. Er interessierte sich für Traumdeutung und erzählte mir einige seiner Träume, die ausgesprochen religiös waren. Ich hütete mich wohl, ihm eine Deutung zu geben. Er suchte mich dann in Gastein auf, wo ich mich von der Reise erholen wollte. Durch Zufall sah er meine kleine Schrift „Der telepathische Traum“. Er schrieb mir einen Brief, daß er mit einem Manne nicht verkehren könne, der solchen Unsinn glaube. Alles Metaphysische und Metapsychologische sei ihm ein Greuel. Er verließ fluchtartig Gastein und ich habe nie wieder etwas von ihm gehört. Er fürchtete offenbar, ich könnte ihn überzeugen, daß er innerlich fromm sei, wofür schon sein affektatives Verhalten, sobald man auf den Glauben zu sprechen kam, Zeugnis ablegte . . .

Fall 1. Herr G. K. leidet seit 4 Jahren an schwerer Platzangst. Er kann seine Wohnung nur im Umkreis von etwa 300 Metern verlassen. Er kommt in die Ordination und verlangt Hypnose. Echte Hypnose und keinen Schwindel. „Wissen Sie, ich habe von dem berühmten schwedischen Hypnotiseur X. gehört. Ich habe die Reise nach Schweden nicht gescheut. Ich kam in sein Vorzimmer. .... Was sah ich da und in seinem Warteraum? Leute, die auf den Sesseln schliefen, angeblich alle hypnotisiert. So ein plumper Schwindel! Auf den bin ich nicht hereingefallen. Ich habe den Warteraum sofort verlassen."

Dann erzählte er seine Krankengeschichte, aus der deutlich hervorging, daß er, im kritischen Alter stehend, an einer verdrängten homosexuellen Einstellung leidet. Er verlangte natürlich nur Hypnose. Als ich ihm die Analyse vorschlug, schien er sichtlich enttäuscht zu sein. Er müsse sich die Sache überlegen. Er habe fast alle bedeutenden analytischen Schriften gelesen und nichts gefunden, was auf ihn passen möge. Er sei gegen sich selbst aufrichtig bis zur Grenze des Möglichen. Aber ich könnte ihm suggerieren, daß er homosexuell sei, weil er manchmal Träume habe, daß er mit seinem Neffen verkehre. Der Neffe stünde nur für ein Mädchen aus seiner Nachbarschaft. Mit diesen Mittelchen sei ihm nicht zu helfen. Er wolle nur eine richtige tiefe Hypnose.

Nächsten Tag kam der Absagebrief. Er habe kein Vertrauen zur Analyse — überdies habe er den schrecklichen Verdacht, daß ich ein Jude sei. Und er könne sich nur von einem Arier behandeln lassen ....

Nach Jahren kam er wieder. Er hatte wohl an die zwanzig verschiedene Analytiker und Psychotherapeuten aufgesucht und keiner habe ihm Vertrauen eingeflößt. Ob ich es nicht mit ihm versuchen wolle? Er leide jetzt namenlos. Er könne nur mehr 10 Meter im Umkreise seines Hauses ausgehen. Jetzt war er reif für die Analyse und der Erfolg war ein guter.

Die Zahl der Finten, um einer Behandlung zu entgehen, ist zahllos. Besonders die Zweifler kommen auf die sonderbarsten Tricks. Ein Patient, der zweifelte, ob er sich von Stekel oder Freud behandeln lassen sollte, ging schließlich zu einem meiner Assistenten. Im Laufe der Behandlung stellte sich heraus, daß er sich zu gleicher Zeit von einem Freudianer behandeln ließ ... Ein Kommentar ist wohl überflüssig. Ein mir warm empfohlener amerikanischer Arzt, der Analyse studieren wollte, kam zu einer Besprechung und erwähnte verschiedene Empfehlungen an verschiedene Psychotherapeuten. Er war in Zweifel, wem er seine kostbare Persönlichkeit anvertrauen sollte. Da kam er auf ein glänzendes Orakel. Er nahm sich vor, zwanzig verschiedene Auslagen der Buchhandlungen zu studieren und zu dem Manne zu gehen, dessen Werke das Übergewicht hatten. Es war Freud. Aber was sollte er machen, da ihm Freud unerreichbar war? Er mußte ein zweites Orakel ersinnen ... Wo er die meisten Patienten im Vorzimmer finden würde, da sei der richtige Mann. Und solche Menschen wollen Analytiker werden! ...

Der gewiegte Analytiker wird die „zögernde Attitude" eines Patienten gleich

erkennen. Oft hört man, daß der zu Analysierende schon längere Zeit im Orte weilt und gewartet habe, bis er den Analytiker aufsuchte, obwohl er mit der Absicht kam, am ersten Tage in Behandlung zu kommen.

Ein charakteristischer Typus ist der nächste Fall:

Fall 2. Ein 34jähriger Beamter kommt aus dem Balkan, um sich von verschiedenen parapathischen Beschwerden heilen zu lassen. Er habe aber nur 14 Tage zur Verfügung. Es wird ihm bedeutet, daß es unmöglich sei, einen so komplizierten Fall in 14 Tagen zu heilen. Er bespricht alle Einzelheiten einer Behandlung für den nächsten Urlaub. Im Laufe des Gespräches erfahre ich, daß er schon eine Woche in Wien weilt und meine Adresse nicht erfahren konnte. Er hatte mich im Telefonbuch unter „Stöckel" gesucht, fand einen Arzt, der Wilhelm Stöckl heißt, suchte ihn am fünften Tage auf, erfuhr, daß er sich an eine andere Adresse wenden müsse. Dieser Patient kannte meinen Namen sehr gut, denn er hatte einige meiner Bücher gelesen und vor seiner Ankunft einen Brief an mich gerichtet; sowohl der richtige Name als auch die richtige Adresse waren ihm bekannt. In die Enge getrieben gab er zu, daß er sich zur Analyse nicht entschließen könne, obwohl sie seine letzte Hoffnung war. Schließlich stellte sich heraus, daß er noch vier Wochen zur Verfügung hatte, aber seine Mutter besuchen wollte. ....

Solche Fälle geben unbedingt eine schlechte Prognose.

Es gibt auch falsche Patienten, sie kommen zur Analyse, um die Methode kennen zu lernen und simulieren sogar ein Leiden.

Der Analytiker muß wissen, daß viele Laien zu ihm kommen, sich angeblich analysieren lassen wollen. In Wirklichkeit besteht nur die Absicht, die Methode zu studieren. (Die weiteren Fortsetzungen folgen in den nächsten Heften)

Der Traum als Barometer der analytischen Situation

Von

Dr. A. Missriegler (St. Andrä-Wördern, bei Wien)

Der tägliche Wetterbericht mag für jemanden, der tagaus tagein in sicherer Stube seinem Beruf nachgeht oder unbeschränkte Zeit für seinen Urlaub zur Verfügung hat, wenig von Bedeutung sein. Um so mehr aber für jenen, der bei jedem Wetter — ob schön ob Regen — im Freien zu arbeiten hat oder nur wenige Tage seiner Erholung widmen kann. Bei der analytischen Arbeit entspricht dem Wetter die tägliche Stimmung des Patienten.

Wer rein passiv die Analyse ablaufen läßt und Jahre für sie veranschlagt, braucht darauf keine Rücksicht zu nehmen, wer aber aktiv den Ablauf be-

schleunigen will und die Zeit der Behandlung auf wenige Wochen begrenzt findet, muß damit sehr genau rechnen.

Es ist absolut nicht gleichgültig, „woher der Wind weht", ob es „heiter" ist oder eine „Depression" naht oder gar Sturm, Gewitter und Niederschläge drohen, wenn wir durch Komplexreiz, durch intuitive Deutung, durch „Anschießen" Gefühlskräfte im Patienten entfesseln wollen, wenn wir die Übertragung aktiv fördern, den Widerstand absichtlich erhöhen, die Regression ins Infantile begünstigen oder auf Klärung des aktuellen Konflikts drängen. Bei all diesen Eingriffen reagiert der Patient sehr verschieden, je nach der Gefühlslage, in der er sich momentan befindet.

Nun haben wir für die Stimmungsdiagnose ja eine ganze Reihe von Anzeichen im Benehmen des Patienten, in seiner Sprache, seinen Gesten, etwaigen Fehlleistungen, wie z. B. im Zuspätkommen usw. Einen geradezu täglichen präzisen Wetterbericht aber finden wir im Traum. Bleibt dieser tägliche Wetterdienst einmal aus, so verrät diese Tatsache selber schon eine stärkere Störung des analytischen „Schönwetters".

Den Traum dazu benützen, heißt ihn auf der Subjektstufe zu deuten. Der Gedanke an sich ist natürlich nicht neu, aber ich habe seine systematische Anwendung für die aktive Technik als sehr förderlich gefunden. Die Deutung ist eine rein intuitive, unabhängig von den Einfällen des Patienten und ich teile sie auch dem Träumer in der Regel nicht mit, sondern verwende meine Erkenntnis für mich selber, richte nur darnach mein Vorgehen ein.

Am besten wird die Methode wohl an einem Beispiel klar werden und ich greife dazu wahllos einen Fall heraus, dessen gesamtes Traummaterial ich in chronologischer Reihenfolge von diesem Gesichtspunkte aus hier folgen lasse. Nur habe ich nicht den ganzen Traum angeführt, sondern bloß jenen Satz oder Satzteil, den ich für die analytische Situation charakteristisch halte. Es ist wohl überflüssig, hier noch ausdrücklich zu bemerken, daß natürlich die angeführten Traumbruchstücke in der sonstigen Traumdeutung noch ihre speziellen anderen Bedeutungen haben.

Bei dem angezogenen Fall selbst handelte es sich um schwere Angstzustände von fast melancholischem Charakter bei einer jungen Frau, die übermäßig an ihrer Mutter hing und ihre Krankheit dazu benützte, von ihrem Manne weg und wieder ins Elternhaus zu kommen. Die Behandlung erfolgte durch ziemlich kurze aktive Technik.

1. Traum (22. 8.). „Am Bachufer war Sand, der sah aus wie Salz. Ich hatte Lust davon zu kosten, unterließ es aber."

Das verrät noch nicht viel guten Willen, die bittere Erkenntnis anzunehmen. Ich lasse also die Kranke ruhig vorerst alle ihre Beschwerden erzählen und verhalte mich rein passiv.

Die nächsten Tage sind traumlos, ein Zeichen der Zurückhaltung von seiten der Patientin und ich sondiere vorsichtig ihre Familienverhältnisse, da ich ihre Bindungen durchschaue.

2. Traum (26. 8.). „Sie Herr Doktor gehen auf mich zu. Ich weiche aus."

Der Widerstand ist deutlich. Immerhin liegt in der Tatsache, daß sie wieder träumt und mich ihr näherkommen sieht, bereits ein Anzeichen des kommenden Umschlags. Ich darf also kühner werden und hebe die Fixierung an die Familie deutlicher heraus.

3. Traum (29. 8.). „Eine alte Frau und ein Mann kommen auf mich zu, ich habe Furcht."

Noch immer ist nicht die Zeit für einen aktiven Deutungsversuch gekommen. Ich darf noch nicht der Patientin die Mutterfixierung klar machen.

4. Traum (30. 8.). „Ich sehe die Mutter. Ich schaue weg."

Der Traum zeigt deutlich, daß die endopsychische Erkenntnis bereits sehr weit fortgeschritten ist und nur mehr ein aktives Nicht-Sehen-Wollen den weiteren Verlauf hemmt. Ich greife also hier aktiv ein, da jetzt keine Angstreaktion mehr zu erwarten ist, wie am Vortag und zeige der Patientin an Hand ihrer Träume und Berichte ihre überstarke Mutterbindung. Das Ergebnis verrät der Traum der nächsten Nacht:

5. Traum (31. 8.). „Der Blitz hat eingeschlagen. Es beginnt zu brennen."

Die Wandlung ist im ganzen Wesen der Patientin zu bemerken. Ihre Beschwerden bessern sich, das Verhältnis zum Arzt ist ein ganz neues. Die Übertragung flammt auf, da die Liebe vom homosexuellen Objekt der Kindheit abgelöst wurde und sich auf den Mann wendet.

6. Traum (3. 9.). „Ich war krank und beim Arzt. Er hat mir Eier verordnet."

Jeder Analytiker wird ohne meine Aufklärung erkennen, was in den 3 Tagen seit dem vorletzten Traum vorgegangen ist: ich habe versucht, die starke Übertragung dazu zu benützen, die Frau ihrem Manne näher zu bringen.

7. Traum (4. 9.). „Jemand hat mir mein Kind gestohlen."

Ihre Krankheitsbeschwerden (ihr Kind) sind gebessert. Ich kann es wagen, die aktuelle Situation bessern zu wollen. Ich rate in diesem Sinne. Das Ergebnis ist eine (nicht unerwartete) Verschlimmerung, die der nächste Traum auch folgendermaßen ausdrückt.

8. Traum (7. 9.). „Wollte mich über die Donau übersetzen lassen, hatte schon bezahlt, ließ aber das Schiff wegfahren und blieb zurück."

Wie man sieht, hat die Verschlimmerung auch in den materiellen Erwägungen seinen Grund. Der Umstand, daß ich die Patientin nicht „aus Liebe", sondern um Geld behandle, daß ich die Übertragung von mir auf den Mann weiterzuschieben versuche, läßt die Symptomheilung, die die Patientin mir zu-

liebe gezeigt hatte, wieder fallen. Sie will den Weg zum andern Ufer, dem der Gesundheit, nicht machen. Auch im nächsten Traum erscheint der Widerstand aus dem Grunde, daß ich ihr das Geld aus dem Sack ziehe, wieder:

9. Traum (10. 9.). „Der Arzt zieht meinem Kinde eine lange Haut aus dem Hals."

Immerhin verrät der Traum aber auch, daß ich ihr wieder ein Geheimnis entreißen kann und ihre Krankheit energisch behandle. Ich gehe scharf auf ihr Verhältnis zu ihrem Kinde ein, bespreche die latenten Todeswünsche gegen das Kind usw. und erziele wieder eine tragkräftige Übertragung.

10. Traum (15. 9.). „Ich konnte mich nicht rühren."

Die Übertragung ist so stark, daß ich alles riskieren kann: sie ist wehrlos. Ich entschließe mich nun zum letzten aktiven Eingriff, verlange die Trennung vom Elternhaus und die Übersiedlung zu ihrem Mann. Die Antwort ist natürlich eine anfängliche Verschlimmerung, wie es auch ihr nächster Traum deutlich zeigt:

11. Traum (16. 9.). „Ich hatte nicht die Absicht zu kaufen, aber ich konnte nicht umhin, zu probieren."

Ich gebe darum nicht nach und beharre auf meinem Verlangen. Nach einigen Tagen erbitterten Widerstandes bricht die Selbsterkenntnis durch:

12. Traum (25. 9.). „Eine Frau hatte lauter schwarze Flecken im Gesicht."

Nach einigen weiteren Tagen setzt die endgültige Bekehrung ein.

13. Traum (30. 9.). „Mit dem Arzt war ich bei einem Begräbnis."

Sie will also endgültig ihre Krankheit begraben. Diese selbe endopsychische Erkenntnis sagt einige Tage später zusammenfassend der

14. Traum (3. 10.). „Es war ein fürchterlicher Sturm. Auf einmal ist es ruhig geworden."

Und ein zweiter Traum derselben Nacht:

15. Traum (3. 10.). „In der Wohnung ist eingebrochen worden und das ganze Zimmer ist ausgeraubt."

Wir können annehmen, daß die wesentlichen Krankheitsursachen beseitigt worden sind.

Der Traum ist ein praktisch sehr wichtiger Indikator für die jeweilige Gemütslage. Eine wissenschaftliche Stimmungsprognose müßte sich natürlich auf mehr als ihn allein stützen. Benützt doch die Meteorologie neben dem Barometer auch noch viele andere Instrumente Thermometer, Taupunktbestimmung, Strahlungsmesser usw. usw. Für eine lokal und zeitlich beschränkte Prognose genügt aber in den meisten Fällen das Barometer allein. Und da uns der Traum für unsere sonstige analytische Arbeit ohnedies besondere Beachtung abnötigt, so erscheint ein Blick auf seine stimmungsprognostische Seite jedenfalls auch angezeigt, wenn wir mit unseren Kräften und der Zeit und dem Geld der Patienten haushalten wollen.

Aus dem Altvater Sanatorium in Freiwaldau-Gräfenberg
Chefarzt: Dr. Oskar Mautner

Kleine Analyse im Sanatorium

Von

Nervenarzt Dr. E. Bien (Wien)[1])

Die kleine Analyse, wie ich sie im obigen Sanatorium in den Sommermonaten der letzten fünf Jahre ausübte, ist identisch mit der von Stekel für die Privatpraxis beschriebenen kleinen Analyse. Sie war in schweren und verzweifelten Fällen die Methode der Wahl, ihr verdanke ich die schönsten Erfolge meiner gesamten psychotherapeutischen Sanatoriumsarbeit, über deren äußere und innere Bedingtheiten sowie mein methodologisches Vorgehen ich bereits andernorts berichtete[2]). Heute will ich Ihnen aus der Praxis der kleinen Analyse, des wichtigsten psychotherapeutischen Sanatoriumsverfahrens, einige Fälle stichprobenartig schildern, die Sie mit dem sehr interessanten Material des Sanatoriums und mit der geleisteten Kleinarbeit bekanntmachen sollen.

Zunächst aber ein paar Worte über die kleine Analyse selbst. Das Adjektiv „klein" ist und soll keine Wertung sein. Die kleine Analyse ist weder ein oberflächliches, noch ein minderwertiges psychotherapeutisches Verfahren, auch steht sie im Prinzip der „großen" Analyse in keiner Hinsicht nach. „Klein" heißt hier „abgekürzt", dem Leben, seinen Nöten und Forderungen angepaßt, dementsprechend zeitlich eingeengt und auf ein kleines psychisches Territorium beschränkt. Im Prinzip aber arbeitet die kleine Analyse mit denselben aktiven Mitteln und Methoden wie die aktive Technik der großen Analyse. Analytische Situation, Übertragung, Deutung des Widerstandes, der Assoziationen und Träume mit mehr oder weniger Intuition gehören zu den wichtigsten Bestandteilen der großen und kleinen Analyse. Stekel hatte einmal die kleine Analyse mit der kleinen Chirurgie des praktischen Arztes verglichen. Dieser Vergleich ist insofern richtig, als der praktische Arzt, der zwar kein klinischer Chirurg ist, doch die genaue Anatomie, insbesondere die topographische Anatomie des jeweiligen Operationsfeldes und soweit die Technik der Chirurgie beherrschen muß, daß er allen Komplikationen dieser kleinen Chirurgie gewachsen und gegebenenfalls fähig ist, die z. B. notwendig gewordene Ligatur eines unabsichtlich verletzten lebenswichtigen Gefäßes vorzunehmen. Insoweit sich die kleine Chirurgie, unter den angeführten Vorsichts-

---

[1]) Nach einem in der Vereinigung unabhängiger ärztlicher Analytiker (Ortsgruppe Wien) gehaltenen Vortrage.

[2]) Psychotherapie im Sanatorium I u. II. Ztschr. f. Psychoth. 2, H. 1 u. 3, 1929.

maßregeln, für die allgemeine Praxis eignet, wäre auch die kleine Analyse für die allgemeine Praxis freizugeben, sobald der sie ausübende praktische Arzt sich einer genauen eigenen Analyse unterzogen hat, denn auch die kleine Analyse hat ihre Probleme, ihre Komplikationen, auch sie zwingt den Arzt zur genauen Beherrschung der psychischen Heilmethoden.

Ich werde Ihnen einige wenige Fälle vorführen, aus denen Sie ersehen daß die kleine Analyse, die in ihrem therapeutischen Anteil mit gutem Recht analytische Psychotherapie genannt werden kann, den Analytiker vor reizvolle Probleme stellt, die nicht immer eindeutig gelöst, die auch keinesfalls immer als „klein" bezeichnet werden können.

Fall 1—2. Zwei impotente Brüder.

In kurzer Aufeinanderfolge hatte ich Gelegenheit, zwei Brüder, beide Rechtsanwälte, wegen Impotenz zu behandeln. Beide bekundeten eine auffallende Ähnlichkeit im Aufbau der Symptome, in deren Determinierung und in ihrer Reaktion auf meine therapeutischen Bestrebungen.

Der Jüngere von ihnen, im Alter von 32 Jahren, klagte über viele nervöse Beschwerden, die besonders seine Arbeitsfähigkeit wesentlich verminderten. Zu den wichtigsten gehörten Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Lebensunlust. Über diesen Symptomen aber stand die sexuelle Störung. Seit zwei Jahren hatte er keinen sexuellen Verkehr gepflegt, sich auch nicht selbst befriedigt und keine Pollutionen gehabt, so daß er der Ansicht war, seine sexuelle Kraft sei vollständig erloschen. Mehrere von ihm konsultierte Ärzte meinten, daß seine Nervosität im Konnex mit der Sexualstörung stehe und rieten ihm zur Ehe. Doch weigerte sich Patient, eine solche einzugehen, solange er nicht die Gewißheit habe, eine Frau auch wirklich befriedigen zu können. Auf meine Frage, warum er sich denn nicht davon überzeuge, führte Patient die furchtbaren Folgen des außerehelichen Verkehrs an, die nicht nur in der Möglichkeit der Ansteckung gelegen seien, sondern auch unter Umständen zu Paternitätsklagen und Ehrenaffären führen können. Er wisse es besonders gut, da er als Rechtsanwalt häufig mit solchen Klagen zu tun habe. Übrigens würde er auf die Ausübung der Sexualität, trotz des Verlangens nach ihr, verzichten, könnte er nur sonst von seiner Nervosität befreit werden.

Die Geschichte der Entwicklung seiner Sexualität ist alltäglich. In der Pubertät hatte er viel onaniert und erst nach schweren Gewissensbissen die Onanie aufgegeben. Dann suchte er Verkehr mit Dirnen und ging endlich ein Verhältnis mit einem anständigen Mädchen ein. Nach Auflösung dieses drei Jahre dauernden Verhältnisses stellten sich die nervösen Beschwerden ein. Seit damals sistierte Patient jeden geschlechtlichen Verkehr. Es war klar, daß hier der aktuelle Anlaß zu seiner Erkrankung gelegen war. Die nähere Struktur des Verhältnisses schilderte Patient folgendermaßen:

Auf der Universität lernte er ein gleichaltriges, aus bürgerlichem Hause stammendes Mädchen kennen, in das er sich verliebte und das auch ihn zu lieben vorgab.

Er hatte die Absicht, es zu heiraten, zögerte jedoch lange, da er keine Position hatte, während das Mädchen auf die Erfüllung des Eheversprechens drängte. Endlich verlobte sich das Mädchen mit einem Anderen und heiratete auch bald darauf. Patient trauerte seiner Geliebten lange nach und war außerstande, mit einer anderen Frau Beziehungen anzuknüpfen. Er fühlte sich ausgestoßen und seine bestehenden Minderwertigkeitsgefühle ließen ihn sich von jeder Gesellschaft abschließen; er wurde scheu und ungesellig, bis sich schließlich die unverrückbare Überzeugung von der eigenen Impotenz einstellte.

Es war nicht schwer, Patienten den Grund seiner sexuellen Hemmung klar zu machen. Seine über das durchschnittliche Maß hinausgehende Treue hinderte ihn am Verkehr mit einer anderen Frau. Der Glaube an seine Impotenz gestattete ihm, diese Treue zu wahren und gab ihm die Möglichkeit, mit dem Bruder bei der verwitweten Mutter zu bleiben.

Die Behandlung gestaltete sich durchaus günstig. Patient erfaßte die Beziehungen seiner Nervosität zur Sexualität und zum persönlichen Erlebnis und gab seine zwei Jahre lang gehütete Impotenz bereits nach einer Woche auf. Die nervösen Symptome schwanden zum größten Teil und Patient entwickelte eine erstaunliche Potenz.

Diesem Erfolg hatte ich die Behandlung des Bruders des Patienten zu verdanken. Der Bruder war um vier Jahre älter (36 Jahre). Er manifestierte im Prinzip dasselbe Krankheitsbild: Nervöse Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Arbeitshemmung usw.) und sexuelle Beschwerden im Sinne der Hemmung aller Geschlechtsfunktionen. Allerdings war hier die Erkrankung etwas komplizierter aufgebaut und dauerte bereits sechs Jahre. Während dieser Zeit hatte Patient kein einziges Mal den Geschlechtsverkehr ausgeübt und war von seiner Impotenz vollkommen überzeugt. Überdies litt er an Minderwertigkeitsgefühlen, die sich auf sein Aussehen bezogen. (Dabei war Patient ein Hüne von Gestalt, sehr kräftig und organisch vollkommen gesund; der athletische Typus Kretschmers.) Auch ihm riet man zur Ehe, doch war er überzeugt, daß keine Frau mit ihm eine solche eingehen werde und er keine Frau befriedigen könne. Gleich seinem Bruder scheute auch er den außerehelichen Verkehr mit Rücksicht auf Geschlechtskrankheiten und insbesondere auf die Möglichkeit von Paternitäts- und Alimentationsklagen, mit denen er als Rechtsanwalt beruflich zu tun hatte. Jeder Geschlechtsverkehr schien ihm eine reale Gefahr zu beinhalten.

Auch seine Vorgeschichte gleicht der des Bruders. Er war nach Überwindung der Pubertätsonanie ein Verhältnis eingegangen und in diesem sehr zufrieden. Während er sich mit der Absicht trug, das Mädchen zu heiraten, war ihm dieses untreu geworden. Er erfuhr davon auf merkwürdige Art: Seine Geliebte klagte ihm vorwurfsvoll, daß er sie geschlechtlich angesteckt habe und es nicht fair gewesen sei, im Zustande der Erkrankung den Akt auszuüben. Er jedoch, vollständig gesund, war ihr niemals untreu geworden. Sie hatte also die Erkrankung von einem anderen Manne akquiriert. Patient löste das Verhältnis. Seinen Haß aber und seine Erbitterung diesem Mädchen gegenüber übertrug er nun auf alle anderen

Frauen. Denn konnte ihm eine Geschlechtsinfektion unterschoben werden, warum nicht auch ein Kind?

Zu meiner Überraschung erzählte mir Patient, daß sein verstorbener Vater ein uneheliches Kind zurückgelassen, von dessen Existenz man erst durch das Testament Kenntnis erlangt hatte und für welches jetzt die Familie sorgen mußte.

Auch bei diesem Patienten zeitigte die nur kurzdauernde Behandlung einen schönen Erfolg. Es ist Patienten gelungen, die Hemmungen zu überwinden, besonders da das Objekt, das der Bruder besaß, sich auch ihm zur Verfügung stellte.

Interessant ist hier das Zusammentreffen zweier ähnlicher krankhafter Motive und in fast jeder Beziehung ähnlicher Verhaltungsarten. Wir konnten feststellen, daß die beiden Brüder seit der Kindheit aneinander hingen und diese Bindung im Unbewußten eine sexuelle Färbung angenommen hatte. Die latente Homosexualität zeigte sich z. B. in der sexuellen Reizversträkung, welche durch das Bewußtsein, ein Objekt des Bruders zu besitzen, hervorgerufen wurde. Sie dokumentierte sich unter anderem auch in den während der Abstinenzjahre häufig geführten sexuellen Gesprächen, welche Beiden offenbar die direkte Befriedigung ersetzten, so daß sie sich leichter damit abfanden, für einander und für die Mutter zu leben und einer Ehe aus dem Wege zu gehen. Weitgehend mochte auch das abschreckende Beispiel des Vaters, der ein uneheliches Kind zurückgelassen hatte, zur Abneigung gegen die Frau beigetragen haben.

Die Identifizierung der Brüder miteinander war nicht nur im gesunden, sondern auch im krankhaften Geschehen die vorherrschende Note ihrer gegenseitigen Beziehungen. Man könnte hier fast von einer induzierten Impotenz im Sinne der induzierten Paranoia sprechen. Die Identifizierung war der Boden, die gegenseitige psychische Infektion der Weg für die Impotenz der beiden Brüder. Als der ältere zuerst erkrankte, übte er — offenbar auf Grund der unbewußten Identifizierung — auf den jüngeren einen derartigen Einfluß aus, daß dieser bei der ersten Enttäuschung, die nebenbei einem neurotischen Manöver zuzuschreiben war, sich für denselben Weg entschied. Die vermittelnde Rolle spielte die latente Homosexualität, die gegenseitige Identifizierung und die gemeinsame (unbewußt) inzestuöse Einstellung zur Mutter. Die drei Personen bildeten ein Dreieck, dessen Basis die Brüder einnahmen und an dessen rechteckiger Spitze die Mutter stand.

Trotzdem die kurzdauernde Behandlung im Sinne der kleinen Analyse kein weitgehendes analytisches Material zutage fördern konnte, warf sie doch die sehr interessante und im groben angedeutete Problematik auf. Dabei ist es mir in der Zeitspanne von einer, bzw. zwei Wochen gelungen, einen durchgreifenden Erfolg im Sinne der Symptomfreiheit zu erzielen. Die Krankheit war nicht so sehr Sache der persönlichen Komplexe, als der Komplexe des Bruders. So verdanke ich eingestandenermaßen die Gesundung des älteren Patienten der Identifizierung mit dem nunmehr gesund gewordenen Bruder. Es blieb dem Älteren nichts anderes übrig, als dem Jüngeren in die Gesundheit zu folgen, so wie seinerzeit dieser jenem in die Krankheit gefolgt war.

Fall 3. Eine schwere Zwangsparapathie, kombiniert mit einem Zehenfetischismus.

Ein 54jähr., verheirateter hoher Beamter in Pension zeigt ganz ausgesprochene Zeichen einer schweren Zwangskrankheit. Eine endlose Reihe kleiner und großer Zwangshandlungen macht ihm das Leben zur Qual. Die Angst, die die Zwangshandlungen überwacht, ist gestrenge Herrin und gestattet keine Änderung im Ablauf der verschiedenen Verrichtungen. So muß er sich z. B. genau vergewissern, daß er nichts hat liegen lassen und darf nicht weggehen, ehe er sich nicht auf das genaueste davon überzeugt hat. Dazu bedarf es eines komplizierten Apparates. Der Tisch, an dem er saß, wird in vier Areale geteilt und jeder Teil einzeln durchsucht. Da noch immer Zweifel vorhanden sind, wird jedes Viertel wieder in vier Teile geteilt und mit jedem Achtel ebenso verfahren. Auf diese Weise wird der Zweifel zum größten Teil beseitigt, aber noch immer nicht ganz behoben; es werden die Taschen durchsucht, ob sich auch hier alles nach einer bestimmten Ordnung vorfindet und beim Weggehen muß sich Patient noch dreimal umsehen, ob denn nicht doch etwas liegen geblieben sei.

Zweifel und Mißtrauen gegen sich selbst sind die hervorstechendsten Charaktereigenschaften dieses Patienten. Eine Verabredungsstunde wird siebenmal wiederholt, auf daß ja kein Mißverständnis sich einschleiche, ein Brief wird ebensooft gelesen, bevor er weggeschickt wird, ein eingetroffener Brief veranlaßt viele Gedanken über seinen möglichen Inhalt. Kurzum, der Patient weiß sich systematisch mit seinen Imperativen sein Leben zu verbittern und zu erschweren. Neben diesen Zwangshandlungen gibt es bei ihm eine Reihe hypochondrischer Erscheinungen, deren merkwürdigste wohl die den Stuhl betreffende ist. Es bildete sich bei ihm im Laufe der Jahre die Vorstellung, daß weicher Stuhl Schmerzen bereite. Also muß für harten Stuhl gesorgt werden, aber allen Vorsichtsmaßregeln zum Trotz kommt viel häufiger weicher Stuhl und verursacht bei der Defäkation heftige Schmerzen.

In sexueller Beziehung zeigt Patient eine Eigentümlichkeit, die an sich recht selten ist, eine Neigung für weibliche Zehen. Der ganze Fuß oder die Wade interessieren ihn nicht; was ihn mit einem wollüstigen Schauern erfüllt, ist der Anblick der nackten Zehengegend des Weibes. Diese Eigentümlichkeit — so berichtet er — ist so alt, wie sein Erinnerungsvermögen, wenngleich er leider nicht angeben kann, wann und bei welcher Gelegenheit er zum erstenmal dieses sexuelle Gefühl beim Anblick weiblicher Zehen hatte. Um seinem Triebe Genüge zu tun, geht er häufig ins Strandbad, und sein größtes Vergnügen — ja das größte Vergnügen seines Lebens überhaupt — ist das Betrachten der weiblichen Zehen. Dabei kommt es zu einer allgemeinen sexuellen Erregung, zu Erektionen, gelegentlich auch zur Ejakulation. Meist aber wird dieser Anblick verwertet, um die Potenz bei seiner Gattin zu steigern. Vor der Ehe hat er sich nicht nur mit dem Beschauen begnügt, sondern auch anläßlich seiner Besuche bei Dirnen mit deren Füßen gespielt. Bemerkenswert ist, daß Patient noch niemand von seiner Paraphilie erzählte und daß seine diesbezüglichen Mitteilungen mir gegenüber äußerst stockend und erst

nach Überwindung größter Scham erfolgten. Stekel sagt, daß Zwangsneurotiker und Fetischisten dem Arzte gegenüber nur sehr ungern von ihrem System sprechen, denn sie fürchten die Entwertung durch die Mitteilung.

Die „kleine Analyse" ergab folgende interessante Details:

Die Eltern des Patienten sind einige Jahre nach der Hochzeit auseinandergegangen. Patient zählte nicht ganz sechs Jahre, da er den Vater verlor, aber nicht an den Tod, sondern an die unbekannte Welt. Einmal noch, im 10. Lebensjahre, sah er den Vater kurze Zeit und seit damals nie wieder. Patient lebte nun mit seiner Mutter und seiner Tante. Der Einfluß dieser Frauen, ohne männliches Gegengewicht, hatte aus dem Kinde ein unselbständiges Wesen gemacht, das sich zeitlebens nach dem Vater sehnte. In der Zwangshandlung vom Absuchen des Tisches spielt Patient symbolisch das Suchen nach dem Vater. Er teilt den Tisch in Quadranten ein, in der „Allmacht" seiner Gedanken verwandelt sich der Tisch zu einer gewaltigen Karte der Erde, die er wieder in geographische Bezirke einteilt und auf der er überall den Vater sucht, den er verloren hat. Der Zweifel, der sein Leben durchwühlt, ist gekennzeichnet durch die Tatsache der Unsicherheit ob der Existenz seines Vaters. So viele Gedanken mußten im Hirne des Kindes entstanden sein zur Beantwortung der Frage, warum der Vater die Mutter verlassen hatte, und in ihm den Zweifel an die moralische Integrität der Eltern, somit an seine Abstammung hervorgerufen haben.

Die Ehe mit einer ungeliebten Frau, nach einer Periode, in der er unglücklich in ein Mädchen verliebt war, brachte ihm neuerliche Schwierigkeiten und verschärfte nur die zwangsneurotischen Symptome. Patient brachte einen Traum, der seine Konflikte instruktiv illustriert:

„Es war nach einem Streit mit meiner Frau. Wir fuhren in einem Auto durch einen dunklen Wald. Aus dem Auto fiel plötzlich der schwarze Plaid, mit dem wir uns zudeckten, auf den Weg und blieb unter einem Baumstamm liegen. Als ich aus dem Auto stieg, um den Plaid zu holen, war er nicht mehr zu sehen, denn er vergrub sich in die Erde, und an dessen Stelle sah ich einen Kachelofen. Ich begann die Ziegel des Ofens von unten auszuräumen, um zum Plaid zu kommen. Den Plaid grub ich zwar auf diese Weise aus, doch er war feucht und beschmutzt. Als wir wegfahren wollten, kam ein Bauer, der rechtmäßige Besitzer des Ofens und stellte mich zur Rede. Ich schilderte ihm den Vorfall. Er merkte sich die Nummer des Autos, während wir fortfuhren."

Die Simplifizierung des Traumes im Stekelschen Sinne besagt, daß der Träumer reuig etwas exhumiert, was er begraben hat. Darin äußern sich die Schuldgefühle, die sich in der aktuellen Situation an seine Frau knüpfen, mit der er eine Todesfahrt unternimmt. (Dunkler Wald, schwarzer Plaid.) Der Plaid symbolisiert offenbar die Ehe, seine eigene Ehe, die er begraben wollte, und die Ehe der Eltern, die so rasch begraben wurde und die er auferstehen lassen möchte. Der Kachelofen symbolisiert in dieser Deutungsschicht den Grabstein. Begraben und Ausgraben sind Zeichen seiner antithetischen Einstellung zum Leben. Auch die Zwangshandlungen sind ähnliche Handlungen. Irgend etwas wird voll-

zogen und dieselbe Leistung daraufhin abgetragen, symbolisch abgeschafft. Diese Bipolarität ist ein Wesenszug aller Zwangshandlungen. Patient ist sozusagen ein Wiederkäuer. Jedes Erlebnis, auch das längst begrabene, muß ausgegraben und noch einmal erlebt werden. Die ausgegrabenen Erlebnisse sind aber dementsprechend naß, schmutzig, minderwertig. In der Beziehung zur Analyse symbolisiert dieses Traumelement die Tendenz des Patienten, auszuweichen, Gedanken und Triebe vor der Analyse zu vergraben, um sie dann unter dem Druck der analytischen Arbeit wieder auszugraben und entsprechend verändert zu repräsentieren. In der infantilen Deutungsschicht ist der Kachelofen das Symbol der Mutter, deren rechtmäßiger Besitzer, der Bauer, der ungekannte Vater ist. Die Mutter, als Kachelofen dargestellt, soll vielleicht auch einen Hinweis auf ihre erhöhte Liebesfähigkeit (Wärme, Feuer) bedeuten; zugleich aber ist die Mutter für den Besitzer, den Vater, den Bauer im Traume, nur ein kalter Kachelofen, der im Walde sich befindet, ein Grabstein. Das Detail, daß der Vater (Bauer) sich die Nummer des davonfahrenden Autos merkte, dürfte wahrscheinlich eine Anspielung sein auf die Vergeltung, die sein Sohn zu fürchten hat und welcher er sich durch Flucht entziehen möchte. Die Ausgrabung aus dem Ofen würde auch der infantilen Neugierde entsprechen und wäre in weiterer Folge als ziemlich durchsichtige Mutterleibsphantasie zu deuten.

Der Zehenfetischismus, dieses an sich winzige Symptom, dürfte einen unentwirrbaren Knäuel von seelischen Komplexen ausdrücken, die ich nur andeuten kann: Seine latente Homosexualität (die sich auch in den hypochondrischen Stuhlpraktiken ausdrückte), seine tiefe Religiosität, die ganze seelische Bürokratie. Wenn es mir auch nicht gelungen ist, dieses Symptom ganz zu enträtseln, geschweige denn abzuschaffen, so habe ich doch dem Patienten das Schuldgefühl genommen, das ihm nicht gestattete, die neurotische Lust voll zu genießen.

Die Zwangsneurose wurde infolge der Behandlung um vieles milder, einige hypochondrische Züge fielen ganz ab. Auf jeden Fall hat die kleine, dreiwöchentliche Analyse, die erste offene Aussprache über sein Leben, dem Patienten wenn auch keine Heilung, so doch viele Anregungen gegeben und ihm seine Erkrankung in ein bisher nicht gesehenes Licht gebracht.

Fall 4. Eine Platzangst.

Nachstehender Fall bietet in mehr als einer Hinsicht interessante Probleme. Nicht nur die Tatsache des therapeutischen Erfolges und die Art, in der er unter den ungünstigsten Umständen erzielt wurde, sondern auch seine Begleiterscheinungen und die Psychogenese des Falles sind beachtenswert.

Es handelt sich um einen 57jähr. Großkaufmann aus Rumänien, der seit 36 Jahren, also seit seinem 21. Lebensjahre, an Platzangst litt. Er ging eines Tages über eine Brücke, empfand plötzlich ein Unbehagen, konnte nicht weiter gehen und ließ einen Wagen holen. Seit diesem Erlebnis traute er sich nicht allein auf die Straße, zunächst aus Angst vor einem ähnlichen Unwohlsein, dann aus Angst vor einem Herzschlag, und schließlich bildete sich die Angst zu einem mächtigen Hindernis

aus, das ihm keinen Schritt allein, ohne Begleitung, zu machen gestattete. Entwicklung und Symptome des Leidens waren sehr charakteristisch.

Die Platzangst entwickelt sich fast immer aus einem hysterischen Anfallskomplex heraus. Der Kranke hat zunächst Angst vor der Wiederholung des Anfalles, erst nach und nach kristallisiert sich die Angst als einziges, an sich bestehendes Symptom, während die ursprüngliche Form fast ganz verblaßt. Bei einer von mir behandelten Patientin persistierten allerdings die hysterischen Anfälle in zyklisch rudimentärer Form neben den ausgesprochensten Platzangstsymptomen; gewöhnlich geht aber der hysterische Symptomenkomplex in der eindringlicheren und lärmenderen Symptomatik der Angst unter. Auf der Höhe der Angst kommt es zu hysterischen Somatisationserscheinungen, die gleichsam als Verstärkung herangezogen werden, um gemeinsam mit der Angst die psychische Gefahr zu bändigen. Die vielfachen somatischen Begleiterscheinungen jeder Angst dürften — wenn hier der Analogieschluß gestattet ist — ähnlichen Ursprungs sein.

Die Begleitung unseres Patienten übernahm seine Frau, die er seit frühester Jugend kannte und die ihm auch in der Kindheit die Gespielin abgab. Ohne Frau keinen Schritt außerhalb des Hauses. Es kam im Laufe der Jahre zu einer sklavischen Abhängigkeit des Patienten von seiner Frau. War er z. B. gezwungen, einen Weg mit einem Geschäftsfreund zu machen, mußte seine Frau in angemessener Entfernung ihm folgen und erst die Sicherheit, daß die Frau in erreichbarer Nähe sich befinde, verschaffte ihm die nötige Ruhe. Keine Reise ohne Frau, nicht einmal mit der Straßenbahn.

Jahre und Jahrzehnte vergingen, ohne daß Patient eine Änderung seines Zustandes, der sich inzwischen stabilisierte, erreichen konnte. Die vielen Ärzte, die er konsultierte, hielten die Erkrankung, unter der er sehr litt, für einen „Schönheitsfehler" und behandelten sie rein symptomatisch, ohne jeden Effekt. Einige Jahre hindurch wurde Patient von einem Arzt mit Elektrotherapie behandelt, ohne daß sich auch nur die geringsten Anzeichen von Besserung eingestellt hätten. Veröffentlichungen über die Heilwirkung der Psychoanalyse bei ähnlichen Fällen veranlaßten den Arzt, Patienten vor dieser Art der Therapie zu warnen.

„Alles — nur keine Analyse!" hieß es immer wieder. So wurde Patient durch zehn Jahre in eine gegnerische Einstellung zur Analyse gedrängt und inzwischen mit Elektrizität behandelt. Er war jahrelanger Sanatoriumsbesucher und eine Wasserkur brachte ihn jeweils dazu, an die hundert Schritte weit allein zu gehen, wobei ihm allerdings der Arzt in entsprechender Entfernung folgen mußte. Im Sommer 1926 kam Patient in meine Behandlung. Da er hörte, daß ich Analytiker sei, fühlte er sich verpflichtet, mich zu ersuchen, ich möchte bei ihm ja keine Analyse oder gar Hypnose vornehmen, da er sich mit der Krankheit in ihrem jetzigen Stadium abgefunden hätte und nicht Gefahr laufen wolle, diese noch zu verschlimmern. Ich versicherte dem Patienten und seiner Frau, daß an ein Schlechterwerden des ohnehin schlimmen Zustandes durch die Analyse nicht zu denken sei, daß die Art der Behandlung ihm doch gleichgültig sein und er mit seinem Urteil bis nach Beendigung derselben warten möge.

Aus dem infantilen Leben des Patienten ist eine Episode aus seinem fünften Jahre für die Entstehung der Erkrankung ausschlaggebend gewesen. Er war der mittlere von drei Geschwistern. Das älteste Schwesterchen von sieben Jahren hatte ihn und das jüngste zu betreuen. Dieses spielte am Fensterbrett, machte eine ungeschickte Bewegung und fiel aus dem Fenster; das bestürzte Mädchen packte es noch im letzten Augenblick am Kleidchen, um es zu halten, wurde aber von dem hinausfallenden Kinde mitgerissen. Die Mutter verlor an einem Tage zwei Kinder und es ist nun begreiflich, daß sie um das Leben des Zurückgebliebenen ängstlich besorgt war und ihn keine Minute allein ließ.

Die spätere, im 21. Lebensjahre des Patienten sich krankhaft entwickelnde Angst folgt in ihrer Genese zwei Motiven. Sie war ein Produkt der durch die Angst der Mutter entstandenen zärtlichen Bindung des Knaben an diese (inzestuöse Wurzel) und seiner Identifizierung mit ihrer Angst. Patient hatte, nachdem ihn die Mutter sozusagen fürs Leben freigab, kein Bedürfnis mehr, diese Freiheit auszuwerten und schuf sich auf krankhafte Art die alte, infantile Angst, die ihm die liebevolle, gewohnte Beziehung ermöglichte. Die Frau trat an die Stelle der Mutter, sie war jetzt um den Mann (das Kind) zärtlich und ängstlich besorgt, das alte infantile Verhältnis in entsprechender Regieänderung wurde wiederhergestellt.

Ein zweiter aktueller Anlaß ermöglichte das Entstehen der Erkrankung. Patient war zur Zeit des Krankheitsausbruches (nach dem Tode des Vaters) in der Familie der einzige, der für die Erhaltung derselben zu sorgen hatte. Aus einer bipolaren Einstellung zu den Geschwistern heraus wurde er krank. Denn das Nichtausgehenkönnen bedeutete damals zugleich die Unmöglichkeit, im wirtschaftlichen Getriebe zu bestehen, Geld zu verdienen.

Inzestuöse und sadistische (kriminelle?) Triebkomponenten bildeten eine psychische Gefahr, vor der er in ständiger Angst lebte. Das Nichtüberschreiten der Angstzonen war zugleich lustbetont, denn es gestattete ihm die infantilen, mit der Mutter erlebten Lustquellen zu erneuern und sich zugleich vor zu starken Triebansprüchen zu schützen.

Die Methode, der ich mich in diesem Falle aus vielen Gründen bedienen mußte, war eine geringe Modifizierung der kleinen Analyse. Ich habe sie bereits als indirekte Methode beschrieben[1]). Sie bestand darin, nach Erkennen des betreffenden Komplexes dem Patienten von anderen, entsprechend konstruierten Fällen zu erzählen und bewirkte, daß aus der indirekten Methode eine direkte Stellungnahme des Patienten zur Analyse und zu seiner Erkrankung sich herauskristallisierte. Es war dann nicht mehr schwer, die Erkrankung in die persönlichen Lebensbeziehungen des Patienten einzuordnen und sie schrittweise aufzulösen. Die Behandlung, die im ersten Abschnitt vier Wochen dauerte, zeitigte ein erfreuliches Resultat: Patient wurde symptom-

---

[1]) „Probleme der psychischen Heilung". Fortschritte der Sexualwissenschaft u. Psychanalyse III, 1928. Verlag F. Deuticke.

frei. Der nächste Sommer brachte eine Vertiefung dieses Resultates bis zur Symptomunfähigkeit und die dritte, ein Jahr darauf durchgeführte Behandlung krönte den Erfolg bis zur vollkommenen Heilung der schweren und dreieinhalb Dezennien dauernden Platzangst.

Schon die Symptomlosigkeit, die dem Patienten als Heilung imponierte — man kann sich beiläufig vorstellen, welchen Eindruck es auf Patienten machte, frei, „ohne ein Atom von Angst", die ganze Stadt durchqueren zu können — zeitigte eine unerwartete Begleiterscheinung: Das Sanatorium, in dem dieser Erfolg erreicht wurde, bekam seit dieser Zeit von jenem Kollegen keinen Fall mehr zugewiesen[1]. —

Die vier Fälle, die ich als Stichproben der kleinen Analyse im Sanatorium vorführte, zeigen, daß diese Methode die zwei wichtigsten Aufgaben der modernen Psychotherapie zu erfüllen vermag: 1. die wissenschaftliche Erkenntnis des Krankheitsfalles und das psychologische Erfassen der behandelten Persönlichkeit und 2. die praktische Durchführung der Behandlung, die im Helfen bzw. Heilen in einer möglichst kurzer Zeit besteht.

Die geschilderten Fälle zeichnen sich durch Eigentümlichkeiten aus, die entweder im Aufbau oder im Verlauf der Krankheit gelegen sind. Es war nicht meine Absicht, die populären Alltagserscheinungen der kleinen Analyse, die ich im Sanatorium in ziemlich großen Mengen zu bewältigen hatte, zu demonstrieren, sondern ich verfolgte den Zweck, an Hand einiger Fälle, die Gegenstand der kleinen Analyse waren, zu zeigen, daß sich auch eine langdauernde Analyse solcher Erfolge nicht zu schämen braucht.

Damit wollte ich auch gegen die Verunglimpfung der kleinen Analyse von seiten Unorientierter Stellung nehmen. Die kleine Analyse ist vor allem gegen sich selbst aufrichtig. Sie kennt ihre Grenzen und weiß die erzielten Erfolge entsprechend zu werten. Sie proklamiert nicht die Symptomfreiheit als großangelegte Heilung. Sie arbeitet zwar mit Intuition, aber sie verschmäht nicht wissenschaftliche Verifizierung der intuitiv gewonnenen Resultate, sei es durch Assoziationen des Patienten, sei es durch die praktische Erfahrung. Sie verschmäht auch nicht ein Stück ehrlicher und zielbewußter Suggestion, die aus der unmittelbaren Quelle der analytischen Erkenntnis fließt. Sie ist, eingedenk der Mahnungen Stekels, nicht übereilig in der Mitteilung der Deutungen, denn sie weiß, daß die mannigfachen Probleme, die sie auf Grund der gewonnenen Erkenntnisse aufwirft, auch wenn sie sie dem Patienten vorenthält, die therapeutischen Möglichkeiten bedeutend fördern.

---

[1] Katamnese (Winter 1930): In den nächsten zwei Sommern stellte sich unser gewesener Patient wieder zu einem je vierwöchentlichen Aufenthalt im Sanatorium ein. Aber nicht zur Behandlung, sondern lediglich zur Erholung. Die Heilung dauert nunmehr 4½ Jahre ununterbrochen an.

Das praktisch erfreulichste Resultat der kleinen Analyse ist die Tatsache, daß man mit ihr vollwertige Heilungen erzielen kann. Dies bestätigt durchaus glaubwürdig mein zuletzt geschilderter Fall. Ich möchte noch darauf hinweisen, daß ich die zwei impotent gewesenen Brüder mittels der kleinen Analyse nur symptomfrei gemacht habe und erst die katamnestische Beobachtung dieser zwei Fälle mir über den Bestand der Besserung Klarheit verschaffen wird. Bei dem mitgeteilten Fall von Zwangskrankheit, bei dem mir in der kurzen Behandlungszeit nicht einmal ein symptomatischer Erfolg beschieden war, ist es mir auf vielen Gebieten gelungen, Situationserfolge zu erzielen und darüber hinaus dem Patienten die Möglichkeit zu bieten, sich in seiner Erkrankung entsprechend zu orientieren. Aber auch das ist ein Erfolg.

Zusammenfassend: Die kleine Analyse, wie sie Stekel auf der Suche nach praktischen Methoden geschaffen hat, ist, auf Grund meiner Erfahrungen für die psychotherapeutische Arbeit im Sanatorium, trotz mancher unvermeidlicher Schwächen eine brauchbare und praktisch nützliche Art der Behandlung psychischer Leiden.

Analyse einer Dyspareunie
an Hand einer Traumdeutung

Von

Dr. Wilhelm Stekel

Zu den dankbarsten Aufgaben des Analytikers gehört die Heilung einer Sexualstörung in der Ehe. Mag es sich um Impotenz des Mannes oder um Frigidität der Frau handeln, in beiden Fällen hängt das Glück der Ehe vom Erfolge des Analytikers ab.

Der nachfolgende Fall wird publiziert, um die Bedeutung einer gelungenen Traumanalyse darzulegen. Nach wie vor gilt der Satz von Freud, daß die Traumdeutung, die via regia in das „Unbewußte" darstellt. Wenn ich persönlich auch nicht an ein Unbewußtes im Sinne von Freud glaube und nur in dieser Hinsicht mit Bumke übereinstimme, so hat sich doch die Annahme des Unbewußten als eine nützliche Hilfshypothese erwiesen. Für den Kranken ist es gleichgültig, ob er etwas nicht wissen will oder nicht wissen kann. In beiden Fällen haben wir es mit einem „Skotom" zu tun, das wir zu beheben haben.

Der nachfolgende Fall ist in jeder Hinsicht lehrreich, da er die Macht infantiler Eindrücke in bezug auf das Sexualleben lehrreich vor Augen führt und auch die Vorteile meiner „aktiven Methode" illustriert.

Frau Gina H., eine 34jährige Frau von asthenischem Typus, sehr lebhaft, emotionell, von fröhlichem Temperamente, seit 10 Jahren verheiratet, Mutter von drei gesunden Kindern, wird mir von ihrem Manne, einem vielbeschäftigten Gynäkologen, wegen vollkommener Frigidität zur Behandlung geschickt. Gleich in der ersten Sitzung erklärt die Frau, daß eine Behandlung überflüssig wäre. Sie sei gar nicht anästhetisch. Sie sei es nur bei ihrem Manne. Seit drei Jahren habe sie Beziehungen zu einem anderen Manne, der sie immer zum Orgasmus bringe. Schon bei seinem ersten Kusse habe sie das erstemal im Leben eine heftige Geschlechtserregung gefühlt, die sich später bei Vollziehung des Koitus zum Orgasmus gesteigert habe. Sie habe schon an Scheidung gedacht, aber dem stehe im Wege, daß sie ihre Kinder nicht verlassen könne, daß der Liebhaber sie nicht erhalten könne und daß sie an ihrem Manne als Freund und Kameraden hänge. Sie müsse es zugestehen, daß ihr Mann der bessere Charakter wäre, daß der Liebhaber (nennen wir ihn Paul) ein schwankender Mensch sei, den sie als Charakter nicht schätzen könne. Es habe oft Streit zwischen ihnen gegeben; er versuche, sie zu erniedrigen, ihr vorzumachen, daß es keine seelische Liebe gebe, daß alle Frauen nur nach dem Genusse streben usw.... Sie habe ihm auch einmal eine Ohrfeige gegeben, so daß sie eigentlich des Verhältnisses müde sei. Sie wäre nur physisch an ihn gebunden.

Die Situation wäre für eine Analyse günstig. Patientin sieht sehr heruntergekommen aus (trotz der sexuellen Befriedigung), sie leidet unter dem Verhältnis und achtet ihren Mann. Meine Aufgabe wäre, sie vom Geliebten zu lösen, sie zu ihrem Manne zurückzuführen und die Hemmungen zu beseitigen, die zwischen ihr und ihrem Manne bestehen.

Dies setze ich ihr auseinander. Sie aber meint, sie brauche nur Ruhe, sie werde selbst mit sich und Paul fertig werden, sie wolle den Aufenthalt in Wien benützen, um sich zu zerstreuen, Ruhe zu finden und Paul zu vergessen.

Sie verzichtet auf die Analyse.

Schon nach einigen Tagen kommt sie reuig zurück. Sie wolle ihrem Manne zuliebe, sich analysieren lassen, aber sie setze wenig Hoffnung in den Erfolg.

Unter derart scheinbar ungünstigen Auspizien beginnen wir die Analyse. Die Prognose solcher Fälle ist eine schlechte, es sei denn, daß es gelingt in kurzer Zeit eine Übertragung herzustellen und die Patientin für ihre Analyse zu interessieren.

Das war diesmal der Fall. Patientin brachte in kurzer Zeit Träume, die alle bewiesen, daß sie einen starken religiösen Fonds hatte und das Verhältnis mit Paul teuer bezahlte.

Ihre Sexualgeschichte zeigte keine Besonderheiten. Ein einziges sexuelles Trauma steht vor ihren Augen. Sie war acht Jahre, als ein 16jähriger Knabe

ihre Kleider aufhob und sie unten berühren wollte oder berührte. Sie weiß es nicht mehr, glaubt, nur Schrecken und Abscheu empfunden zu haben. Sie hat angeblich nie onaniert, hatte als Mädchen gar keine sexuellen Phantasien und Begehrungsvorstellungen. Sie ist eine praktische Bakteriologin, lernte ihren Mann in einem Bakteriologischen Institute kennen, sie spazierten zusammen, machten Ausflüge, aber sie fühlte nie ein sexuelles Interesse für ihn. Sie nahm seine Werbung an, weil er ihr sehr sympathisch war und sie wußte, daß sie für das Leben versorgt war. Der Verlobungskuß — ihr Mann hatte sie nie vorher berührt — löste keine besonderen Empfindungen aus. So blieb es in der Ehe. Ihr Mann ist sehr potent, aber sie kommt trotz aller seiner Bemühungen nicht zum Orgasmus.

Ein Traum brachte uns auf die Fährte ihrer Sexualstörung. Dieser Traum erschien in der Reihe der täglichen Träume, war sehr affektreich und wurde von mir sofort als ein Schlüsseltraum erkannt. So nenne ich die Träume, die uns ziemlich unverhüllt den „Schlüssel" zum Verständnis der parapathischen Störung liefern.

Der Traum lautete:

Ich stehe mit meiner Schwester auf der Straße, rechts und links ist ein Haus. Im linken Haus steht eine dicke unsympathische Dame am Fenster und hält ein Kelchglas in der Hand, dessen Stiel abgebrochen ist. Ich mache eine Wendung nach links mit meinem Gesichte, da wirft die Frau das Glas aus dem Fenster. Sie trifft meine Oberlippe, es gibt einen tiefen blutenden Riß. Meine Schwester schreit auf und teilt mir mit, daß sie zum Arzt laufen wird, er werde mir die Splitter aus der Wunde ziehen, sonst könnte ich infiziert werden. Ich stehe nun vor einem Abhang und lasse mich fallen, fliege förmlich über einen Wald, meine Hände fahren über die Blätter, was mir nicht wehtut. Ich erwache mit heftigem Herzklopfen und kann lange nicht einschlafen.

Während der Analyse hat jeder Traum eine Beziehung zum Analytiker und bringt uns ein Bild der analytischen Situation. In diesem Traume spielt ihre Schwester die Rolle des zweiten Ich. Dieses zweite Ich ist nun willig sich heilen zu lassen. Deutlich wird hier ein Trauma dargestellt (die Verletzung der Oberlippe), ich soll dieses Trauma unschädlich machen, ich soll die Glassplitter entfernen und eine Infektion verhüten.

Der Traum setzt schon mit der wichtigsten Tatsache ein: Sie ist ein gespaltener Mensch (sie und ihre Schwester) und sie steht zwischen 2 Häusern, die hier auch ihre Situation zwischen zwei Männern symbolisiert. Sie steht jetzt am Scheidewege. (Sie steht zwischen zwei Weltanschauungen.) Soll sie

bei ihrem Manne bleiben oder soll sie den Geliebten heiraten? Das Verhältnis kann sie nicht mehr fortsetzen. Ihr Mann beginnt an ihrer Treue zu zweifeln, deren er bisher sicher war, weil er der Ansicht war, daß sie eine „kalte Frau" sei und daher nicht nach Geschlechtsgenuß verlange. (Er weiß es nicht, daß gerade die frigiden Frauen am leichtesten untreu werden, immer auf der Jagd nach dem versagten Genuß und immer wieder aufs neue enttäuscht.)

Die erste Antithese zwischen links und rechts bringt die bekannte Symbolik: rechts den Weg der Pflicht und der Moral, links den Weg der Sünde und des Verbotenen. Aus dem linken Hause erfolgt die Verwundung nach ihrer Wendung nach links. Man sieht, daß sie ihr Verhältnis als ein Trauma empfindet. Sie hat die Treue gebrochen (das zerbrochene Glas), sie hat ihre alten Ideale zertrümmert, sie ist ein Glas ohne sicheres Fundament. Ein Glas ohne Basis stürzt um, wenn man es niederstellen will. Im gleichen Sinne ist sie „zerbrochen" und findet im Leben ohne den seelischen Schwerpunkt keinen Halt, keine sichere Basis. Dieses Motiv, wird, wie viele wichtige Motive am Ende des Traumes wiederholt. Sie saust in die Tiefe (katagoge Tendenz)[1].

Jeder Traum hat einen Brennpunkt, in dem sich alle Strahlen des Traumes treffen. Dieser Brennpunkt ist das zerbrochene Glas. Ihre Assoziationen zu diesem Detail sind bezeichnend. Sie besitzt die gleichen Weingläser. Paul pflegte sie zu besuchen, wenn ihr Mann zu einer Operation auswärts berufen wurde. Dann tranken sie aus diesen Gläsern. Einmal umarmte er sie stürmisch in der Nähe des Tisches, das Weinglas kippte um, fiel zu Boden, der Sockel und der Stiel zerbrachen, genau so, wie sie es im Traume gesehen hatte[2]).

Gina ist nicht abergläubisch, aber sie hatte damals das unangenehme Gefühl: Das bedeutet Unglück. Das Glasservice war kostbar, eine reiche Patientin hatte es ihrem Manne als Hochzeitsgeschenk geschickt, das fehlende Glas konnte nicht ersetzt werden. Sie hatte etwas zerbrochen, was ihrem Manne gehörte.

Die dicke unsympathische Frau, die ihr das Weinglas ins Gesicht schleuderte, war sie selbst, in ihrer Ausgabe als Triebmensch. Doch lassen wir uns von der Patientin eine Assoziation zu dieser Frau bringen. Ihr fällt eine Nachbarin ein, die Frau eines Metzgers, bei dem sie einkauft. Die Frau bedient sie oft, ist sehr freundlich. Gina kann dicke Frauen nicht ausstehen. Sie riechen angeblich nach Schweiß und ranzigem Fett.

---

[1]) Siehe meinen Aufsatz: Fortschritte der Traumdeutung. „Fortschritte der Sexualwissenschaft und Psychoanalyse". III. Band. Verlag F. Deuticke.

[2]) Im Aberglauben bedeutet ein zerbrochenes Glas Unglück. Deshalb wird bei manchen Völkern am Hochzeitstage Glas zerbrochen oder Geschirr zu Boden geworfen. Man opfert es den bösen neidischen Mächten, damit die Ehe von ihnen nicht gestört werde. Man gibt ihnen freiwillig im vorhinein, was sie später fordern könnten.

Die Frau steht in diesem Traume nicht ohne Bedeutung. Wenn sie auf Paul böse ist, so meint sie: „Du kannst dir ja die Metzgersfrau nehmen. Die paßt besser zu dir!"

Warum ist gerade ihre Oberlippe verwundet? Erstens weil der Kuß von Paul das ganze Unheil angerichtet hat. Sie hat vorher sich von vielen Männern küssen lassen, aber nie etwas dabei empfunden. Der Kuß von Paul wirkte wie ein elektrischer Schlag, wie etwas, was sie schon lange erwartet und nie gefühlt, nie erfahren hatte. (Auch das muß noch erklärt werden.) Als er sie küssen wollte, drehte sie ihren Kopf nach links — mit abwehrender Geste. Er küßte sie erst aufs Ohr und traf ihre erogene Zone. Sie wandte ihm nun den Kopf zu und gab sich nach mißlungener Abwehr dem Kusse hin, der nach der Reizung ihres Ohres doppelt stark wirkte und eine Art orgastischer Empfindung auslöste.

Die gesprungene Oberlippe ist auch als „Verlegung von unten nach oben" zu verstehen. In ihrer Vagina fühlt sie die „Splitter", d. h. die Erinnerungen an ihre Genüsse. Und es heißt im Traume, an den Analytiker gerichtet: „Wenn du mich die lustvollen Küsse und alle Lustempfindungen beim Koitus, den überwältigenden Orgasmus vergessen lehrst, dann werde ich von der Infektion geheilt werden, aber nur dann . . ."

Wir finden in diesem Traume die Darstellung eines Traumas; der seelische Konflikt dieser Frau ist deutlich ausgedrückt: das Verhältnis ist ihr Trauma. Der aktuelle Konflikt wäre klargelegt. Aber jeder Traum hat drei Gesichte. Er behandelt Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft. Die prospektive Tendenz zu genesen und die Infektionskeime entfernen zu lassen, ist deutlich aus der Darstellung zu ersehen.

Doch wir stehen noch immer vor einem Problem. Warum war es dem Manne nicht möglich, die Sexualität seiner Frau zu erwecken? War sie wirklich ein fast asexuelles Wesen, wie sie es schildert oder liegt eine Verdrängung vor? Hat sich ein seelisches Trauma schon vorher ereignet? Warum ist es die dicke unsympathische Frau, die das Glas gegen ihr Gesicht schleudert?

Auf diese Fragen weiß die Patientin keine Antwort. Ihre Assoziationen sind erschöpft, wir würden am Ende unserer Erkenntnisse stehen, wenn nicht die aktive Methode der Traumdeutung eine Fortsetzung der Deutung ermöglichen würde.

Ich muß ein Detail ihrer Krankengeschichte nachtragen, das ich bisher nicht erwähnt habe. Unter den zahlreichen Träumen der Patientin war auch einer, der mir eine neue Fährte brachte. Der Traum lautete:

> Ich soll einen Bibelspruch hersagen. Ich sehe den Spruch vor mir auf einer Tafel. Ich bemühe mich, die Buchstaben zu lesen und sie verschwimmen vor meinen Augen.

Der Traum brachte das wichtige Thema der Religion. Patientin ist an einen Freigeist verheiratet und hält sich für eine Atheistin. Paul ist sehr fromm, daher ist das Verhältnis für ihn ein schwerer religiöser Konflikt. Dieser Gegensatz der Weltanschauungen kam oft in ihren Gesprächen zutage und beide versuchten einander zu bekehren, was beiden nicht gelingen konnte.

Unsere Patientin erlebte in ihrer Kindheit eine fromme Periode. Der Pfarrer des Ortes, wo sie ihre Jugend verbracht hatte, spielte in ihrem Leben eine große Rolle. Er hatte sie aus der Taufe gehoben, sie war sein erstes Taufkind, er hatte sie konfirmiert; auf ihren Wunsch wurde ihre Heirat von ihm in seinem Sprengel vollzogen.

Nun fragte ich: „Welchen Spruch haben Sie zur Konfirmation erhalten?"

Die Antwort erfolgte prompt:

„Überwinde, auf daß du weiße Kleider tragen kannst..."

Wir ersehen aus diesem Spruche eine versteckte asketische Tendenz, die uns vielleicht die Frigidität erklären könnte. Aber warum hat sie bei Paul empfunden, bei dem sie ihre Triebe nicht überwinden konnte?

Das Thema Pfarrer wird durchgesprochen und es zeigt sich, daß diese Figur für ihr Leben von größter Bedeutung ist. Er kam oft in ihr Elternhaus, sie saß auf seinem Schoß und spielte mit seinen Knöpfen und seinen Locken. Zur Zeit der Konfirmation gab er ihr Unterricht und betrachtete sie als seine kleine Freundin. Er erzählte ihr von seinen Sorgen, von verschiedenen traurigen Familienverhältnissen, mit denen er sich zu befassen hatte, er weihte sie in das mühevolle Leben eines Pfarrers ein, der seinen Beruf als heiligste Mission auffaßte.

Dieser Mann war ihr Ideal. Sie sah zu ihm wie zu einem Heiligen auf.

Da ereignete sich zur Zeit der Konfirmation etwas, was sie und kein Mensch im Sprengel verstehen konnte — der Pfarrer heiratete seine Wirtschafterin, eine ganz gewöhnliche ungebildete Person.

Das war ein Schritt, den sie ihm nicht verzeihen konnte. Ihr Ideal sank in den Staub. Wie war es möglich, daß solch ein hochstehender Mann eine Köchin heiraten konnte?

Sind die Männer alle so materialistisch? Genügt es, gut zu kochen und Bettgenoß zu sein, um einen Mann dauernd zu fesseln? Eine feindlich-mißtrauische Einstellung gegen alle Männer entspringt diesem Ereignisse, das, wie sich später herausstellte, das große Trauma ihrer Pubertätsperiode war[1]).

---

[1]) Ich konstatiere mit besonderer Genugtuung, daß Kretschmer in seiner Arbeit „Die typischen psychogenen Komplexe als Wirkung juveniler Entwicklungshemmungen" (Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych. Band 127, 4. u. 5. Heft) zu gleichen Ergebnissen kommt. Er lehnt den

Sie weiß sich nicht zu erinnern, daß ihre Verehrung für den Pfarrer sexuell gefärbt war. Aber es besteht kein Zweifel, daß sie in ihn verliebt war und sich Hoffnungen gemacht hatte, daß er sie heimführen würde.

Wir hätten das entscheidende Trauma der Pubertätszeit gefunden. Ich komme auf die Traumanalyse zurück. Ich frage die Patientin:

„Wie sah diese Frau des Pfarrers aus?"

„Genau wie die Metzgersfrau. Unförmig dick, mit plumpen Waden, ein unsympathisches Gesicht. Die Frau im Fenster war vielleicht die Frau Pfarrer."

Die Frau im Fenster ist also eine „Verdichtungsfigur", sie ist aus der Metzgersfrau und der Pfarrersfrau verdichtet.

Nun bestätigt sich die Annahme, daß diese Frau ihr die Verletzung, die „seelischen Infektionen" zugefügt hatte, an der sie noch heute leidet!

Noch ist der letzte Teil des Traumes nicht erklärt, in dem sie über einen Wald fliegt und mit den Händen über die Blätter fährt.

Ich erkenne, daß es sich um eine Identifikation Pauls mit dem Pfarrer handelt. Beide sind fromm, beide müssen noch gemeinsame Züge haben.

Ich frage: „Was hat Sie an Paul so gefesselt? Sie haben mir erzählt, daß schon der erste Anblick Sie fasziniert hat."

„Sein Kopf . . . eigentlich sein Schopf. Er hat einen Wald von Haaren."

„Und der Pfarrer?"

„Sie bringen mich darauf. Er hat den gleichen Haarwald."

Ihre häufigste Liebkosung war es, Paul über die Haare zu fahren. Die gleiche Liebkosung, die sie dem Pfarrer hatte zuteil werden lassen.

Nun kommt eine merkwürdige Eröffnung.

„Wissen Sie, wie ich Paul immer begrüßt habe? Guten Morgen, Herr Pfarrer! Er konnte sich diesen Gruß nicht erklären. Ich weiß jetzt, was er bedeutet hat."

Es kommen noch mehrere Gemeinsamkeiten zur Sprache, die die Identifizierung von Paul und Pfarrer erleichtert haben.

Ihre Frigidität wird jetzt verständlich. Sie hatte eine einzig große Liebe: den Pfarrer. Seine Heirat brachte sie in Trotzeinstellung zur Liebe und zu allen Männern. Die Sexualität war verdrängt und harrte ihrer Erlösung. In Paul fand sie eine Pfarrer-Imago.

Soll die Behandlung einen durchschlagenden Erfolg haben, so muß der Ehemann noch einige Lektionen in der ars amandi erhalten, in der ihm Paul über-

---

Kastrationskomplex ab, reduziert die Bedeutung des Ödipuskomplexes auf ein bescheidenes Maß und kommt zum Schlusse: „Dem Pubertätskonflikt kommt die entscheidende Bedeutung für die spätere Entstehung gewisser Neurosengruppen zu."

legen war. Auch spielt hier der Kampf der Geschlechter eine Rolle. In dieser Hinsicht müssen die Gegensätze gemildert werden. In unglücklichen Ehen müssen meistens beide Teile behandelt oder zumindest belehrt werden.

Die Publikation dieses Traumes wäre schon vom Standpunkte der Technik der Traumdeutung gerechtfertigt. Wir sehen deutlich, wie wichtig Assoziationen sind. Die Metzgersfrau, die Szene mit Paul, bei der das Weinglas zerbrach, sind wichtige Einfälle.

Aber wir lernen auch, daß die Patienten das Wichtigste zurückhalten. Die retrospektive Bedeutung des Traumes kam erst durch meine Fragen zum Vorschein. Die Figur des Pfarrers war meine Entdeckung. Der religiöse Komplex wurde von mir in seiner überragenden Bedeutung für die Patientin klargelegt.

Wir lernen auch aus diesem Beispiele die Macht des „bösen Gewissens“ kennen und konstatieren dann auch den erlösenden Einfluß des „guten Gewissens“.

Trotz häufiger sexueller Befriedigung kam Gina während des Verhältnisses körperlich herunter, sie sah alt und verfallen aus, sie schlief schlecht, klagte über Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Während der Analyse nahm sie rasch an Gewicht zu, sie erholte sich von Tag zu Tag, verjüngte sich, und sah blühend, frisch und munter aus. Die Lösung wurde auch durch ein kindischfeiges Benehmen Pauls erleichtert.

Noch eine Frage ist wichtig: War sich Gina ihrer Liebe zu dem Pfarrer bewußt? Sie wußte angeblich nichts von der sexuellen Seite dieser Liebe. Während der Analyse wurde es ihr klar, daß er ihre erste und vielleicht einzige Liebe war. Sie hatte auch versucht, ihren Mann mit dem Pfarrer zu identifizieren und ihn einige Male mit dem Gruße angesprochen: „Guten Morgen — Herr Pfarrer!“ Ihr Mann bemerkte trocken: „Laß diese Dummheiten. Ich bin kein Pfarrer.“ Er lehnte die Identifizierung ab und hatte die Folgen zu tragen.

Was uns als kindisches Spiel erscheint, hat oft tiefe Bedeutung. Kleine Wendungen sind ein seelischer Verrat. Würden wir die geheime Sprache der Kindereien verstehen, wir könnten oft Fehler vermeiden, die nie wieder gutzumachen sind.

MITTEILUNGEN

Eigentümlichkeiten der Behandlungsträume

Von

Dr. S. Löwy, Bratislava (Preßburg)

I. Beitrag zur aktiven Traumdeutung

Eine Besonderheit der Behandlungsträume ist schon dadurch gegeben, daß die Tatsache der Analyse, die Person des Arztes, seine Fragen und Äußerungen eine wichtige Quelle der Traumerregung abgeben. Die Psyche nimmt zu den Einzelheiten der Behandlungsvorgänge ebenso Stellung, wie zu allen für sie bedeutsamen Erlebnissen; das Resultat der inneren Bearbeitung dieser aktuellen Motive wird ebenso im Traumbild seine Projektionen haben, wie alle endopsychischen Vorgänge. Praktische Beispiele mögen dieses Verhalten mit dessen Eigentümlichkeiten beleuchten.

Ich lenke die Aufmerksamkeit eines Patienten auf die anamnestisch erhobene Tatsache, daß sein Interesse immer sich Frauenspersonen zuwendet, die verheiratet, verlobt oder sonst mit einem Manne in Verbindung waren. An Hand dieser Feststellung spreche ich über die Bedeutung und Erscheinungsformen der normalen und latenten Homosexualität. Er gibt die Richtigkeit meiner Bemerkung zu, akzeptiert auch die überraschenden Aufklärungen; erzählt auch kurz von Jugendspielen mit einem Verwandten. Im Laufe der nächsten Tage aber bringt er keinen bestätigenden Einfall mehr; auch seine Träume, die bis dahin regelmäßig Situationen zeichneten, die den fraglichen Komplex deutlich zeigten, nahmen plötzlich ganz andere Formen an. Es tauchten Erinnerungen auf, die auf das „älteste Trauma“: bibidinöse Analspiele mit einer Zwillingsschwester hinwiesen. Während diesen Stunden bemerkte der Patient einigemal, daß er in diesem letzteren Punkte, nicht aber in der latenten Homosexualität, die ich so sehr hervorheben möchte, den Kern seiner Potenzstörung vermute. Ich ließ der weiteren Analyse freien Lauf, erwähnte kein Wort mehr über Homosexualität. Nach einer Woche erscheint folgender Traum:

1\. ..... Da kommt plötzlich ein unbekleideter junger Mann, ladet mich ein, mit ihm zu gehen. Ich lehne ab; er wird zudringlicher. Ich beginne zu flüchten, er mir nachzulaufen. Jetzt bin ich schon ebenfalls nackt. Er erreicht mich; wir kämpfen. Da schreie ich: Ich bin kein Homosexueller! Ich verzeihe ja ihm seine Krankheit, er soll sie aber an anderen versuchen. Schon preßt er sich an mich an; ich springe weg. Plötzlich stürzt er sich auf einen anderen Mann und erreicht daselbst sein Ziel. Ich flüchte mit Ekel. ....

Nach zwei weiteren Tagen träumt er folgendes:

2\. Auf dem Wege zum Museum .... Ich finde eine Menge Kaffeelöffel und greife mit der linken Hand zu, um recht viel zu nehmen. In diesem Augenblick sehe ich einen uniformierten Beamten .... ich flüchte um die Ecke .... Als ich

auf der anderen Seite auch einen Schutzmann nahen sehe, werfe ich die Löffel weg. .... Dann höre ich, wie Herr W. mit allen Männern verkehrt hat, nur meinen Freund R. konnte er nicht bekommen.

(R. war eine beneidete Männerschönheit. Patient, sein oben genannter Verwandter, und R. bildeten einst eine Onanie-Trias; Löffel- männl. Genitale.)

Dramatischer läßt sich ein Innenkampf nicht zeichnen, nicht schildern. Das Geständnis der Homosexualität droht hervorzubrechen; es nützt kein Leugnen, keine Selbsttäuschung. .... Als einziger Ausweg bleibt die Traumverschiebung! Ein anderer übt den verpönten Akt aus!

Ich hatte wichtige Ursachen, auf die klare Herausarbeitung dieses Komplexes zu bestehen; der Patient suchte trotz der einschlägigen Jugenderlebnisse davon immer abzuweichen, dessen Bedeutsamkeit abzuschwächen. Es waren wohl als tiefere Wurzel seiner Potenzkrankheit: Die Schwestererlebnisse, wie auch sadomasochistische Phantasien anzusprechen. Der homosexuelle Komplex war aber derjenige, der in Form von Sportverbindungs-Leben intensiv ausgelebt wurde und die gesamte sonstige verdrängte Komplexlibido in sich aufnahm. Außerdem aber kämpfte Patient in seinem Innern gegen die Übertragung. Die obigen zwei Träume sind zugleich Ausbruch der Flucht davor. — Noch ein letzter Traum ähnlicher Art zeugt von diesem heftigen Sträuben:

3. Ein halbnackter Herr und eine unsympathische Frau sitzen am Strand. Ersterer fordert mit lächerlich befehlendem Ton, man soll ihm Würstel bringen. Alles kichert, keiner der Umgebenden rührt sich aber. Nun schickt er seinen kleinen Jungen, der hinter seinem Rücken hervorkommt, um das Gewünschte.

Deutung: Die Jugenderlebnisse bringen die einwandfreie Bestätigung für die Behauptung des Analytikers, den der Träumer zu verlachen sucht. Würstel- männl. Homosexualität.

Nach Enträtselung dieses Traumes, der zugleich wieder das Mann-Frau-Doppelbild, wie in früheren Träumen bringt, war der Bann gebrochen. Die Übertragung siegte; wichtiges, bis nun verhülltes Material an sadistischen Regungen, Onaniephantasien wurden nun hemmungslos erinnert, erzählt und geträumt.

Praktische Konsequenzen:

Der Analysierte bearbeitet jede vom Analytiker kommende Anregung. Dieser „endopsychische Verdauungsprozeß" dauert oft längere Zeit. Immer aber gibt der Traum Antwort auf unsere ausgesprochenen Fragen. Man kann also planmäßig, sei es als indirekte Andeutung oder als direkt auf den Patienten bezogenes Befragen, über vermutete Komplexe, die tiefenpsychische Stellungsnahme zum betreffenden Problem anregen, in Gang bringen. Handelt es sich um positiv libidinöse Beziehungen, dann wird dadurch auch die Übertragungsbindung an den Arzt gefördert und vertieft[1]).

---

[1]) Das beschriebene Vorgehen ist ein Traumdeutungsseitenstück zu Tremmels Komplexreizmethode.

Ich wählte aus didaktischen Gründen obige, besonders offen und klar strukturierte Traumbeispiele. Bei Beherrschung der Symbolik werden aber auch verhülltere Traumformen die gewünschte und angeregte Aufklärung finden lassen.

Parapathie und Phimose

Von

Wilhelm Stekel

Ein jeder Defekt am Genitale drückt sich in der Persönlichkeit aus. Wer Gelegenheit gehabt hat, Hermaphroditen zu analysieren, wird diesen Satz bestätigen. Bei Frauen brechen schwere Parapathien und sogar Geisteskrankheiten (Paralogien) nach einer Operation am Genitale aus, die die Funktion des operierten Teiles verhindert oder die Wertigkeit der Frau als Frau vermindert. Ich habe Frauen gesehen, die sich aus Angst vor Kindersegen sterilisieren ließen. Was vorher Angst war, wird nun unerfüllbarer Wunsch. Die Gewißheit, nicht mehr Mutter sein zu können, drückt auf ihr Persönlichkeitsgefühl. Minderwertigkeitsgefühle können bei Männern auf einen Kryptorchismus, auf ein zu kleines Genitale, auf eine Phimose, auf eine überstandene Epididymitis (wenn der Patient weiß, daß er keine lebensfähigen Spermatozoen besitzt) zurückzuführen sein. Gleichgültig, ob der Träger des Defektes sich Kinder wünscht oder nicht.

Die Menschen rechnen mehr mit Möglichkeiten als mit Realitäten. Sie denken nach einer bestimmten Formel: „Wenn ich einmal Kinder haben wollte, so kann mir dieser Wunsch nicht in Erfüllung gehen."

Wir werden es daher verständlich finden, daß eine jede Phimose in irgendeiner Weise ihren Träger beeinflussen wird. Ich habe noch keinen psychisch gesunden Menschen gesehen, der mit einer Phimose behaftet war. Diese Menschen haben eine starke Isolierungstendenz, sie sind asozial, häufig impotent, oft Fetischisten. Die Sprache hat ein feines Gefühl für diese Tatsachen. Wer kennt nicht die Redensart: „Sich in seine Vorhaut zurückziehen"?

In meiner Monographie über Fetischismus (VI. Band der „Störungen des Trieb- und Affektlebens". Urban u. Schwarzenberg, Wien 1923) führe ich die Tatsache an, daß fast alle meiner Fetischisten Phimotiker waren. Dort heißt es (Seite 590):

> „Es gab mir lange zu denken, daß meine Fetischisten mit einer einzigen Ausnahme Christen waren[1]). Der einzige fetischistische Jude war nicht beschnitten

---

[1]) Seit damals habe ich noch drei Juden gesehen, die an Fetischismus litten, darunter der von Meinertz publizierte Fall. Die beiden waren nicht beschnitten. Der dritte Fall wurde von mir Meinertz zugewiesen, der ihn in der „Zeitsch. f. d. g. Neur. u. P." unter dem Titel „Analyse eines eigenartigen Falles von Fetischismus mit Verstümmelungsideen" veröffentlichte. In diesem Falle wurde die Beschneidung als ein Trauma empfunden, es bestand ein wirklicher Kastrationskomplex.

und zeigte große Neigung zum Christentum. Man könnte diese Tatsachen mit der Christusparapathie in Zusammenhang bringen. Wir haben ja gesehen, welche bedeutende Rolle die Identifizierung mit Christus in der Psychopathologie des Fetischismus spielt. Frauen und Juden können schwer zu dieser Identifizierung kommen. Aber es scheint noch ein anderes Moment mitzuspielen: Die Identifizierung des Parapathikers mit seinem Penis. Sonderbarerweise litten fast die meisten dieser Kranken an einer mehr oder minder starken Phimose und alle waren Enuretiker. Hitschmann hat in einer Mitteilung auf den Zusammenhang zwischen Harnerotik und Zwangsneurose aufmerksam gemacht. Die Einschnürung des Penis durch das phimotische Präputium, ferner der Zwang, den der Enuretiker auf seine Blase ausübt, können wohl das Vorbild des fetischistischen Zwanges gewesen sein."

Ich verzichte auf die Anführung der weiteren Bemerkungen. Sie behandeln das Thema: Identifizierung des Menschen mit seinem Genitale.

Ich erwähne diese Ausführungen deshalb, weil Hitschmann in einem Aufsatze „Phimose und Neurose" zwei Gefahren der Phimose hervorhebt: Sie begünstige die Entwicklung der Homosexualität und die Operation der Phimose wirke sich als Kastrationskomplex aus. Er tritt daher für die vorsichtige unblutige Dehnung nach Hadenfeldt ein (Zentralblatt für Psychotherapie, Band 3, Heft 10, 1930).

Ich kann diese Ansichten nicht bestätigen. Es ist richtig, daß sich unter den Parapathikern viele Phimotiker befinden. Daher wird man hie und da unter den Homosexuellen auch solche mit einer Phimose finden. Der Prozentsatz ist ein verhältnismäßig kleiner, während er bei den Impotenten und Fetischisten ein auffallend hoher ist. Speziell eine Form der Impotenz ist häufig. Reife Männer zwischen 32 und 40, die noch nie verkehrt haben, weil ein jeder Versuch Schmerzen an den von der Phimose umschnürten Gliede auslösten. Merkwürdigerweise sträuben sich die meisten dieser Kranken gegen eine Operation, weil sie auf den Lustgewinn der Phimose nicht verzichten wollen. Aber schließlich geben sie nach und lassen sich operieren. Die Zahl meiner operierten Fälle geht in viele Dutzende. Ich habe nie einen Schaden von der Operation gesehen. Im Gegenteil! Phimotiker, die impotent sind, werden beraten, sich operieren zu lassen und der Erfolg bleibt nie aus.

In allen diesen Fällen, auch in den Fällen, die in früher Jugend operiert wurden, habe ich nie einen Kastrationskomplex finden können.

Wäre die Zirkumzision in früher Jugend ein schweres Trauma, so müßten wohl alle Juden Träger eines Kastrationskomplexes sein. Vielleicht ist die unblutige Dehnung im gewissen Sinne nicht gleichgültig, weil jede längere Beschäftigung eines Arztes mit dem Genitale eine Mobilisierung der homosexuellen Komponenten herbeiführen kann. Das sehen wir oft ja nach Operationen am Genitale, nach Gonorrhöebehandlung, nach Prostatamassage usw.

Ich glaube auch, daß die Operation einer Phimose bei den Fetischisten im gewissen Sinne seelisch befreiend wirken müßte, wenngleich sie eine narzißtische

Kränkung bedeutet. Aber der Abbau des Narzißmus gehört mit zu den wichtigsten Aufgaben der Psychotherapeuten.

Ich stimme mit Hitschmann überein, daß Phimosen frühzeitig erkannt und beseitigt werden sollen. Nach welcher Methode, das scheint mir ziemlich gleichgültig zu sein.

Stillunlust

Von

Dr. med. Alfred Bretschneider, Kinderarzt, Mülheim-Ruhr

Frau E. stellt mit großem Bedauern fest, daß sie ihr 2 Monate altes Kind nicht mehr ausreichend stillen kann. Allen milchvermehrenden Mitteln zum Trotz versiegt die natürliche Nahrungsquelle des Säuglings. Ihre Träume jedoch sprechen eine andere Sprache. Ihre Geschichte ist folgende:

Gleich auf der Hochzeitsreise konzipierte sie. Die Menses stellten sich nach ihrer Rückkehr in ihr neues Heim nicht mehr ein. Sie war nicht gerade erbaut über diese Promptheit. Sie träumte kurz nach dieser Feststellung:

1. Ein Mann lief mir mit einem Revolver nach. Ich rannte die Treppe schnell herunter. Der Mann und ich lachten. Stöhnend vom Laufen erwachte ich.

2. Ein Mann verfolgt mich, stieß mich mit einem Messer von hinten in die rechte Schulter. Ich fühlte das Blut rinnen und erwachte.

3. Ich stehe in einem Zimmer voller Schlangen. Eine reckte sich hoch auf. Ich ergriff sie am Halse. Mich ekelte und ich erwachte.

4. Ich stehe vor meinem Kleiderschrank, voll Ärger, weil das neue (rote) Kleid nicht eingetroffen ist. Ich muß zum Theater mein grünes Kleid anziehen. Um die Stirn lege ich einen Kranz von kleinen blaugrünen Blümchen (Einfall der Träumerin dazu: Jungfernkranz). Ich gehe ins Theater über die Galerie in den 1. Rang. Die Leute zeigen auf mich und flüstern. Ich höre: Die ist sicher von auswärts (Einfall: Die ist wohl nicht von hier, volkstümliche Redewendung gleich: Die ist wohl nicht ganz richtig!). Ich bin verstimmt, verlasse das Theater und gehe in das Theaterrestaurant. Der Kellner stellt, ohne daß ich bestellt habe, eine langhalsige Weinflasche vor mich hin. Entkorkt sie. Es quillt eine schleimige Flüssigkeit heraus. Mir ekelt davor. Mit einem Gefühl furchtbaren Übelseins erwache ich.

Seither stellte sich das bekannte Schwangerschaftserbrechen ein. Ihr Allgemeinzustand litt sichtlich. Der Hausarzt rät zu einer „Luftveränderung". Im Sauerland wohnt ihre sehr viel ältere Schwester, die ihr immer eine zweite Mutter war. Vor der Abreise träumt sie noch:

5. Ich fuhr allein im Auto und sauste mit zunehmender Geschwindigkeit in einen Teich. Ich stieg aus und ging nach Hause zu meinen Eltern.

Unter Pflege der Schwester hörte das Erbrechen bald auf; sie träumt:

6. Es ist Morgen- oder Abenddämmern, ein fahlgraugelbes Licht leuchtet über unsere Gegend. Ich weiß nicht, ob es Tag oder Nacht werden will. Bei unserem Haus liegt ein Teich. Er ist rings umgeben von welligem Hügelland, mit Gestrüpp

bewachsen. Zu dem Teiche führt ein sehr schmaler Weg. Der Eingang zu dem Teiche, den die Hügel freigelassen haben, ist sehr eng. Wie ein Tor umrankt, von stacheligem Laub (es können auch Heckenrosen gewesen sein), ist der Zugang. Das bogenförmige Laubgeflecht trägt eine spitze Kugel an der Spitze des Bogens, wie eine rote Glaskugel, in der sich die matten Sonnenstrahlen brechen. Ich bin ganz allein und schreite ganz unbekleidet in den Teich. Ich tauche im Wasser unter, kann atmen und alles sehen. Ich höre aber nichts und bin sehr froh.

Nach einem etwa dreiwöchigen Aufenthalt treibt sie eine unbestimmte Unruhe, heimzukehren. Sie träumte:

7. Mit meinem Mann, meiner Schwester und deren Freundin und dem Kindchen der Schwester unternahm ich einen Spaziergang. Meine Schwester ging mit ihrem Kindchen in ein Geschäft, um etwas zu kaufen. Währenddessen entfernte sich mein Mann mit der Freundin, mit der er früher ein freundschaftliches Verhältnis hatte. Als ich ihnen nachsah, hielten sie sich fest umschlungen. Während ich auf meine Schwester wartete, kamen plötzlich einige Hunde auf mich zugesprungen. Sie stürzten sich bellend und beißend auf mich. Zwei fuchsfarbige in der Größe eines Schäferhundes und ein kleiner schwarzer. Ich ging rückwärts, wehrte mit den Händen ab und wurde von den Hunden an der Hand gebissen. Ich sah, wie das Blut tropfte. Danach trafen wir uns alle wieder und machten uns auf den Heimweg.

8. Ich sitze in der Eisenbahn. Wie selbstverständlich führt mein Mann (im Berufsleben nicht Eisenbahner) den Zug. Mir fällt auf, daß ich dauernd hin und her schaukle. Ich sehe zum Fenster hinaus und merke, daß die Schienen nicht gerade liegen, sondern krumm laufen (Kurven). Ich rufe meinen Manne zu: „Was fährst du auf den krummen Schienen, es gibt doch noch eine andere Strecke.“ Bei einer offenbar scharfen Kurve habe ich Angst und erwache.

Sie fährt zu ihrem Manne. Die Schwangerschaft vollendet sich ohne wesentliche Störung. Sie träumt wiederholt:

9. Ich spiele als Kind mit anderen Kindern auf einem Platze (ihrer Heimatstadt). Wir springen Seil. Ein kleiner, schmutziger Junge kommt. Niemand kennt ihn. Er will mit uns spielen und hängt sich immer an mich. Er greift nach meinem Seil. Ich kann mich seiner nicht erwehren. Ich nehme ihn an der Hand, schimpfe ihn und will ihn wegführen. Er weint und kommt mir immer nach.

Ein schwarzhaariger Knabe wurde geboren. Zunächst natürliche Ernährung bei gutem Gedeihen des Kindes. Nach der üblichen Bettruhe läßt die Milchabsonderung nach. Sie leidet öfter an Alpdrücken, wobei sie folgende Träume hat:

10. Ein krötenartiges Tier kriecht aus dem Bettinnern über meinen Bauch auf meine Brust und legt sich quer über diese, so daß Milch aus den Brüsten herausgepreßt wird. Ich suche das Tier von mir abzudrängen und erwache mit Erstickungsgefühlen.

11. Ein kleiner schwarzer Hund will mich beißen. Er springt immer an mir hoch und schnappt nach mir (auf Befragen: nach der Brust!). Ich halte ihm die Schnauze zu. Der Hund jaulte jämmerlich, fast wie ein Kind. Ich erwachte mit Schrecken. Im Erwachen hatte ich furchtbare Angst, es wäre mit dem Kind etwas passiert.

12. Mich quälte die Angst, dem Kind könne etwas zustoßen. Mein Mann nahm mich mit spazieren. Wir setzten uns in eine Waldschenke. Ich ängstigte mich um das Kind. Mein Mann beruhigte mich. Ich blieb aber sehr unruhig. Mein Mann sagte: Es könne doch unmöglich was passieren. Ich hatte schwere Beklemmungen. Da sagte mein Mann: „So jetzt sind wir noch gar nicht verheiratet und haben noch kein Kind." Da war ich sehr froh. Es donnerte plötzlich, ich erwachte mit großer Angst.

Die Milchabsonderung wurde ständig geringer.

13. Ich träumte, mein Kind sei plötzlich gestorben. Mit meiner Freundin kaufte ich mir im Hutgeschäft eine Mütze. (Frage: Warum eine Mütze? Antwort: Die ist billiger.) Meine Freundin sprach mir trostreiche Worte zu. Die Verkäuferin sagte, schwarz stände mir sehr gut. Ich mußte lachen und erwachte.

Das Kind erhält überwiegend Kuhmilchmischungen, da höchstens noch für eine Morgenmahlzeit genügend Muttermilch vorhanden ist.

14. Ich stille mein Kind. Die Tür geht auf. Eine Frau zwängt sich durch die an sich nicht enge Tür. Die Frau ist sehr dick. Ich erkenne mich selbst wie in einem Spiegel und erwache, wie wenn ich falle.

Die Brüste haben vollkommen aufgehört, Milch abzusondern. Den Schlüssel zu ihrer gesamten Einstellung zu Mann und Kind gibt vielleicht der folgende Traum:

15. Wir ziehen in eine andere Wohnung. Als die alte Wohnung leer war, gehe ich zurück, um sie noch einmal zu sehen. Als ich durch das Tor eintrete, sehe ich, wie von der Decke herab ein dicker Strick wie eine Schlinge herunterhängt. Über der durchbrochenen Decke liegt ein Mann, der diesen Strick hält. Ich will weglaufen, aber die Schlinge hat sich schon um meinen Hals gelegt. Ich fühle, wie ich sterbe, bin aber ohne Angst und habe ein schönes Gefühl dabei.

Ich möchte bemerken, daß ich der Träumerin diese Träume nur im Laufe verschiedener Unterhaltungen entlocken konnte, ohne sie merken zu lassen, daß mir an der Deutung der Träume gelegen sei. Deshalb mußte ich mich bei der Sammlung der Träume nur auf die durchsichtigsten beschränken, deren Deutung ohne Mithilfe der Träumerin wenigstens teilweise möglich war.

Der zuletzt angeführte Traum läßt vermuten, daß ihr Mann doch nicht ihre ursprüngliche Wahl bedeutete, denn mit großem Lustgefühl gerät sie nochmals in die Schlingen des anderen und empfindet im Sterben seligstes Erleben. Diese Koppelung ist durchaus gewöhnlich und den Dichtern bekannt (z. B. Tristan im 2. Akt). Die Steigerung höchster Lust: Laß uns sterben.

Nun zu den einzelnen Träumen. Die Symbolik von Traum 1 und 2 ist deutlich. Der Revolver und das Messer als phallisches Symbol sind bekannt. Sehr ehrlich ist das Lustgefühl im Traum 1 bei der Verfolgung. Traum 2 ist auch ein typischer Kohabitationstraum, allerdings in einer Variation (Lagewechsel); sie empfindet den Orgasmus. Traum 3 ist ebenfalls mit seiner phallischen Symbolik durchsichtig. Wie im Traum 4 die Flasche als das gleiche Symbol, zeigt er den Ursprung der Ekelreaktion, ausgelöst durch die Feststellung der allzu schnellen Konzeption. Zu Traum 4 ist zu bemerken: Sie erwartet das rote Kleid, die Menses. Sie treffen nicht ein. Sie muß mit dem grünen Kleid der „Hoffnung" ins Theater gehen

und mit dem Jungfernkranz die Tatsache der Gravidität wegzuleugnen versuchen. Man glaubt es ihr nicht. Die Leute sagen: „Die ist wohl nicht ganz richtig!“ Wie kann sie unter den Umständen mit dem Jungfernkranz erscheinen!“ Vielleicht hat der über den Kopf gezogene Jungfernkranz auch eine aktuelle Bedeutung.

Sie ekelt sich im Traum 3 vor dem phallischen Symbol = der Schlange und im Traum 4 vor der schleimigen Flüssigkeit, welche aus der Flasche = Penis quillt, und die das ganze Unglück der Gravidität angerichtet hat.

Die Ekelreaktion mit dem darauf einsetzenden Schwangerschaftserbrechen bekundet nur allzu deutlich den Ekel vor dem eintretenden Ereignis, das zu annullieren sie sich vergeblich bemüht. Erbrechen gleich symbolischer Versuch der Ausstoßung der Frucht.

Traum 5 offenbar ein Masturbationstraum. Der Teich, ebenso wie der Teich in Traum 6 eine Rückkehr in einen Zustand, und zwar ersehnten Idealzustand von Geborgenheit bei und in der Mutter. Die ältere Schwester hat schon immer die Mutter vertreten, das Kind kehrt zur Mutter zurück. Sehr deutlich wird auch der Ort beschrieben, in den das Kind zurückzukehren wünscht, um seine Geburt zu annullieren. Der Introitus vaginae und die Vagina selbst sind eindeutig beschrieben. Nach drei Wochen kommen ihr Eifersuchtsanwandlungen. Traum 7 und 8 zeigen deutlich ihre Gedanken. Sie empfindet diese allerdings selber als böse, wie das Auftreten der Hunde beweist. Sie hat aber doch den Verdacht, daß ihr Mann vom geraden Weg abweichen könnte und zieht es vor, zu ihm zurückzukehren. Ihre innere Ablehnung des zu erwartenden Erdenbürgers zeigt der Traum 9. Sie möchte ein Kind sein, wieder zu Hause bei den Eltern spielen, aber der unerwünschte Knabe hindert sie, wieder mit ihren Spielgefährten von damals Kind zu sein. Als ob sie es geahnt hätte, wurde ein Knabe geboren, der tatsächlich stark schwarz behaart war. Das Stillgeschäft ist ihr außerordentlich unsympathisch. Das Kind kommt ihr wie ein Parasit vor, der ihr die Milch auspreßt und ihr den Atem nimmt. In Traum 11 empfindet sie bei ihrer ablehnenden Haltung doch ein starkes Mitleid. Sie erschrickt über sich selbst und hat Angst, die Strafe könnte über sie hereinbrechen. Ganz deutlich zeigt Traum 12, in dem sie ihre Brautzeit wieder hergestellt und das Kind noch nicht geboren wünscht, in dem plötzlichen Donnerschlag die Angst vor der Strafe Gottes über ihr frevelhaftes Begehren. Eine auffallende Gleichgültigkeit dem Kinde gegenüber verrät der Traum 13, wo ihr der Trauerfall keinen anderen Affekt auslöst, als die Freude über die Gelegenheit, sich kleiden zu können, wie es ihr gut steht. Der Traum 14 spiegelt, wie bei unzähligen Müttern, die Angst vor der Korpulenz, die durch das Stillen mehr oder weniger stark aufzutreten pflegt. Wir haben in den Träumen, welche die Feststellung der erfolgten Konzeption und die Zeit vor und nach der Geburt begleiteten, die ganze seelische Einstellung dieser Mutter zu ihrem Kinde kennen gelernt. Es mußte damals jedem unbefangenen Beobachter auffallen, wie schnell bei der gesunden, kräftigen Frau die Milchabsonderung trotz dauerndem Anlegen des Säuglings aufhörte. Die Betrachtung der seelischen Einstellung zu dem Kind und vermutlich auch zu dem Vater, macht das schnelle Versiegen der Brüste begreiflich, denn schließlich ist es ja „der Geist, der sich den Körper baut“.

VARIA

Kuriositäten aus der psychoanalytischen Praxis

Mitgeteilt von Dr. E. Bien (Wien)

1. Die erste Fragestellung

Dr. St. avisiert mir einen Homosexuellen zur psychoanalytischen Behandlung ohne dessen Namen zu nennen und meint, daß der betreffende Herr mit mir die Zeit der ersten Zusammenkunft telephonisch vereinbaren werde. Kurz darauf läutet das Telephon. Es meldet sich ein Herr X., der, von Dr. St. empfohlen, mich sprechen möchte. Ich erwidere, daß mich Dr. St. bereits verständigt hat, ich also schon informiert sei — und sagte ihm, wann er zu mir kommen kann.

Pünktlich erscheint Herr X., ein großer, elegant gekleideter junger Mann, dem ich einen Stuhl anbiete und — um ihn über die Unannehmlichkeit und Peinlichkeit der ersten Mitteilung hinwegzuhelfen, an ihn folgende Frage richte:

„Also — Sie sind homosexuell?"

Mein Gast macht ein verdutztes Gesicht, lächelt verlegen und bringt stoßweise hervor: „Aber Herr Doktor! — Ich? — — ich homosexuell? — — das dürfte wohl ein Irrtum sein — — — ich, ich wollte Sie bitten, in unserem Bezirksverein einen Vortrag über Psychoanalyse zu halten."

2. Angst vor Geisteskrankheit

Ein 42jähriger Mann bittet flehentlich um Hilfe bei Bekämpfung eines bestimmten Gedankens, der ihn seit zwei Wochen quält und ihn, den sonst nie nervös gewesenen, gesunden Menschen andauernd verfolgt. Eines Nachts erwachte er mit Herzklopfen und einem „wüsten Gefühl", das er verrückt werden könne. Seither verläßt ihn die Angst vor dem Wahnsinn nicht. Dieser Zustand ist derart unerträglich, daß ihm jede, auch die schrecklichste organische Krankheit, gegen die es doch Abhilfe gibt, wünschenswerter erscheint als diese Angst vor dem Wahnsinn.

Er wollte zweierlei wissen: 1. ob er denn wirklich geisteskrank werden könne und 2. wie lange die Behandlung seiner Störung dauern müsse.

Ich versicherte dem Patienten mit möglichstem Nachdruck, daß ein Übergang seines Zustandes in eine Geisteskrankheit nach menschlichem Ermessen außerordentlich unwahrscheinlich, ja praktisch so gut wie unmöglich sei, daß es schon an sich als gutes Zeichen gewertet werden müsse, daß er Angst habe geisteskrank zu werden, denn wer geisteskrank wird, hat vorher keine Angst davor. Wollte er aber diese ihn quälenden Zustände, die ich übrigens als Zwangszustände klassifiziert habe, abschaffen, müsse er sich einer eingehenden Analyse unterziehen. Eine gründliche Analyse dauere einige Monate. Es sei dann allerdings zu erwarten, daß er gesunden werde.

Am nächsten Tag kam Patient wesentlich ruhiger in die Ordination, wollte wieder und wieder hören, daß er nicht geisteskrank werden könne und dann — blieb er aus.

Begründung: Wenn er wirklich nicht geisteskrank werden kann, dann verzichte er auch auf die Angst vor der Geisteskrankheit.

So spielte mir der glückliche Zufall einen unerwarteten und dem Patienten durch meine bescheidene Aufklärung einen billigen Erfolg in die Hände.

3. Psychogen oder somatogen?

Analyse eines Impotenten. Seine Onanie, die auf eine spezifische Art geübt wurde, hinderte jeden therapeutischen Erfolg, da sie dem Patienten die Möglichkeit bot, alle neurotischen Phantasien zu befriedigen. Der Penis wurde, nach Art der feministischen Männer, nach rückwärts geschlagen und mit den Schenkeln bis zur Ejakulation gedrückt. Nach Beseitigung vieler Hemmnisse gelang es mir, denPatienten so weit zu bringen, daß er denPenis nach vorne schlagen konnte, so daß dieser die vordere Bauchwand berührte. Es ist auf diese Weise dem Patienten möglich gewesen, der Onanie teilweise auszuweichen, indem er sich auf den Penis legte und ihn zwischen Bauchwand und Unterlage einklemmte. Anders als zwischen den Schenkeln konnte er jedoch nicht onanieren.

Dieser Fortschritt brachte aber gleichzeitig eine unangenehme Begleiterscheinung: Die Stellen der vom Penis berührten Bauchwand und die korrespondierende Fläche des Penis wurden von einem Juckreiz befallen, dem Patient zwar anfänglich nicht viel, aber später immer mehr Bedeutung zuschrieb und zwar in dem Maße, in dem sich das Jucken vergrößerte, bis es unerträglich wurde und ein fast fortwährendes, blutiges Kratzen veranlaßte.

Es war zu verlockend, eine psychische Bedingtheit des Juckreizes anzunehmen. Ja, diese schien sogar, nach der analytischen Situation und der inneren Struktur des Fallcs zu schließen, selbstverständich zu sein.

Zum erstenmal im Leben dieses jungen Mannes kam der erigierte Penis, der sonst automatisch nach hinten schnellte, in Berührung mit der Bauchwand. Diese Berührung, die bis dahin hintertrieben wurde, war dem Unbewußten nicht genehm, ja sie konnte sogar der Neurose den Garaus machen. Also setzte sich das Unbewußte zur Wehr und schuf ein Widerstandssymptom in Form des Juckens: „Solange du meinen neurotischen Willen unterdrückst, mußt du die Unannehmlichkeit des Juckens in Kauf nehmen!“

Anderseits aber war die Beschäftigung mit der Genitalsphäre und das permanente Kratzen eine Art larvierter Onanie.

Was war aber der wirkliche Grund dieses passagèren Symptoms? Ein Widerstand? Eine Hemmung? Abwehr des Unbewußten? Eine larvierte Onanie?

Nein, nein, nichts von alledem! Der wirkliche Grund dieses Symptoms waren Läuse, Filzläuse (Phthiriasis pubis)!!

4. Ein Fall von Paranoia

Eine paranoische Frau wird mir von ihrem Gatten zur Behandlung gebracht. Sie: 40 Jahre alt, klein, dick, angeborene Hüftluxation, watschelnder Gang, häßlich, unbedeutend. Er: 34 Jahre alt, agil, unternehmungslustig, „fesch“, aber verwahrlost.

Die Paranoia brach im Anschlusse an eine Gravidität aus. Die Frau fühlte sich von zwei gegenüberwohnenden Mädchen verfolgt. Nach einer bei einem Gynäkologen (Dr. A.) vorgenommenen Untersuchung änderte sich das paranoische Bild insofern, als Dr. A. zum Verfolger gemacht wurde. Er schreibe ihr anonyme Karten und Briefe, lade sie zum Rendezvous ein, gehe immer hinter ihr her, habe sogar seine sonstigen Patientinnen aufgefordert, ihm Helfersdienste zu leisten, derart, daß diese unserer Patientin auf der Straße sexuelle Andeutungen machen, um sie zu erproben u. ä. m. Patientin hat keine Krankheitseinsicht, dissimuliert und will von einer Behandlung nichts wissen; kam zu mir, weil sie von ihrem Gatten dazu gezwungen wurde.

Der Mann heiratete sie aus finanziellen Gründen, hauptsächlich um in das Geschäft ihres Vaters zu gelangen, wurde aber insofern enttäuscht, als seine zwei Schwäger ihm in jeder Hinsicht zuvorkamen. Nun spinnt der Mann Rache und will zum Rächer seinen Sohn machen. Er habe zwar schon einen zweijährigen Sohn, aber — — „Gott weiß, man soll es nicht verschreien, was tu' ich, wenn mir der Sohn stirbt, oder wenn er keine Lust hat, ins Geschäft zu

gehen?" Also braucht der gute Mann Reserve, und zwar noch ein Kind, aber rasch, noch vor Torschluß, denn die Frau tritt schon bald ins Klimakterium. Die Frau, die erst nach fünfjähriger Ehe ein Kind austragen konnte, scheint jetzt nicht leicht zu konzipieren. Schuld daran trägt, nach Ansicht des Gatten, Herr Dr. A. insofern, als er während des Aktes in den Phantasien der Frau erscheint und den Orgasmus stört. Ohne Orgasmus keine Konzeption. Also soll die Frau von Dr. A. und — wenn es nicht anders geht — von der ganzen Paranoia befreit werden.

Dies explizierte er mir in einer längeren, in Abwesenheit der Patientin stattgefundenen Besprechung. Ich bemühte mich, ihn von der Racheidee abzubringen und versuchte ihn mit der Tatsache des einen Kindes auszusöhnen. Und wenn er schon unbedingt ein Kind haben wolle — meinte ich —, dann könne er es ohne weiteres haben, denn zur Konzeption sei der Orgasmus der Frau nicht nötig. Ich gab ihm auch verschiedene technische Ratschläge, wie er die Empfängnis unterstützen könne. Ceterum censeo, läge die Konzeption durchaus im Bereich der Möglichkeit, ohne Rücksicht auf die paranoische Grundhaltung der Frau.

„Sooo??? — meinte der Mann — sie kann also wirklich noch ein Kind haben, trotzdem sie an Dr. A. während des Aktes denkt, — wirklich?? (Ja, wirklich!) Dann — dann braucht sie ja keine Behandlung von Ihnen, Herr Doktor!"

5. Einleitung einer analytischen Behandlung

Sonntag vormittag. Ich erwarte einen Freund. Es läutet. Eine Weile später stürzt eine mir unbekannte Dame mittleren Alters in mein Ordinationszimmer.

Hastig, erregt, begrüßt sie mich mit folgenden Worten: „Kommen Sie mit, Herr Doktor!"

Ich mache große Augen.

— Was? Wie? Wo?...

„Mein Auto wartet unten, kommen Sie, begleiten Sie mich ins Konzert!"

— Aber gnädige Frau, bitte nehmen Sie doch Platz, mit wem habe ich das Vergnügen, was verschafft mit die Ehre Ihres...

„Herr Doktor, erbarmen Sie sich, wir haben keine Zeit zu verlieren, kommen Sie, fahren Sie mit mir ins Konzert, mein Auto..."

— Gnädige Frau, ich bin Arzt, was soll...

„Eben deshalb! Sie sollen nicht viel fragen und mit mir fahren!"

Die Sache erscheint mir aber doch sehr merkwürdig. Ich denke an einen raffinierten Entführungsversuch, an einen heimtückischen Raubüberfall, an Gott weiß was alles — und beschließe, mich nicht eher zu rühren, bevor ich nicht genau Bescheid weiß, worum es sich hier eigentlich handelt.

Nach einer fast anderthalbstündigen Unterredung habe ich von dieser unruhigen, zappeligen Frau, die ich im Laufe der Zeit wohl zum Sitzen, aber nicht zum geordneten Beantworten meiner Fragen bringen konnte, erfahren, daß nicht sie, sondern ihre Schwester krank sei. Nur ein klein wenig nervös. Sie wäre zwar schon in ärztlicher Behandlung gewesen, aber unbedeutend. Nur etwa zehn Wiener Nervenärzte hatten sie behandelt. Ihre Störung sei eigentlich keine Störung — aber, wie soll man das sagen — sie wäre schon einmal in einem Sanatorium gewesen, einer Art privaten Heilanstalt, doch nicht für Geisteskranke, sondern für Nervöse.

Sie habe bereits sechs Monate in einer öffentlichen Irrenanstalt, am Steinhof verbracht, man habe sie aber nicht etwa wegen einer Geistesstörung, sondern wegen eines Irrtums dort zurückbehalten. Man habe zwar die Diagnose „Manisch-depressives Irresein" festgestellt (und die Schwester sei auch wirklich periodenweise sehr heiter und periodenweise sehr traurig, melancholisch und trage sich mit Selbstmordgedanken), doch ist die Diagnose Lug

und Trug, da ihre Schwester unbedingt nicht geisteskrank sei und von einer manisch-depressiven Psychose bei ihr schon gar keine Rede sein könne.

Sie (die kranke Schwester) befinde sich derzeit im manischen Stadium und begehe allerhand Dummheiten, besonders schädige sie den guten Ruf des Elternhauses, indem sie sich unbekannten Männern anbiedere und — so meinte meine Besucherin — wäre es das gescheiteste, wenn ich, der Arzt, mich ihr (der manisch Kranken) als Mann(!) zur Verfügung stellen und sie dabei unauffällig im nervenärztlichen bzw. psychoanalytischen Sinne beeinflussen würde. Die Schwester erwarte sie im Konzertsaal und so biete sich gleich die beste Gelegenheit, sie kennenzulernen. Sie hätte mich ohnedies bereits als einen ihr bekannten Ingenieur B. avisiert.

Das sollte die Einleitung einer psychoanalytischen Behandlung sein, wohl die merkwürdigste, die ich bis jetzt erfahren. Es ist fast überflüssig zu bemerken, daß die „Einleitung" nicht über sich selbst hinaus ging.

Vorsicht in der Diagnose einer Parapathie

Ein 27jähriger, glücklich verheirateter Mann kommt mit der Klage, er leide an entsetzlichen Kopfschmerzen, die ihn schlaflos machten und gegen die kein Kraut gewachsen sei. Er hat mehrere Ärzte konsultiert. Alle möglichen Analysen wurden bereits gemacht. Urin normal, Nase normal, ein Augenbefund eines tüchtigen Spezialisten besagt: Augenhintergrund normal, keine Muskellähmung.

Verdacht auf einen psychisch bedingten Kopfschmerz. Der erste Traum des analysierten Patienten lautet:

> „Ich habe diese Nacht mit meiner Kusine einen Verkehr ausgeführt und bin mit einer Pollution erwacht".

Patient hatte vorher angegeben, daß er jede sexuelle Appetenz bei seiner Frau verloren hatte. Das Thema kommt auf die Kusine. Wir erfahren, daß er während der Abwesenheit seiner Frau ein Verhältnis mit ihr begonnen hatte. Sie liebten einander ungeheuer. Er wisse zwar, daß sie eine leichtsinnige Person sei, trotzdem sei er an sie sexuell gebunden gewesen. Der Verkehr wurde nach Rückkehr seiner Frau fortgesetzt. Einmal kam er von einem Rendezvous mit seiner Kusine heim, mit der er in einer Stunde dreimal verkehrt hatte. Er sah müde und abgespannt aus. Seine Frau küßte ihn und sagte: „Du siehst so schrecklich angegriffen aus, du solltest nicht soviel arbeiten." Dieses Mitgefühl seiner Frau rüttelte sein Gewissen wach, so daß er beschloß, die Beziehungen zu seiner Kusine abzubrechen. Er hielt auch sein sich gegebenes Wort und kurze Zeit darauf setzten seine Kopfschmerzen ein. Merkwürdigerweise waren sie immer zwischen 3 und 5 am stärksten — gerade um die Zeit, wenn er mit seiner Kusine ein Absteigequartier aufzusuchen pflegte.

Nach den ersten Aussprachen trat eine große Erleichterung auf. Er konnte schlafen, der Kopfschmerz war erträglich. Aber er klagte, daß er manchmal alles doppelt sehe, und zwar nur in der Ferne. Beim Lesen störe ihn die Erscheinung gar nicht.

Einem Analytiker lag es nun nahe zu glauben, er sehe neben seiner Frau seine Kusine, um so eher, als der Patient bemerkt hatte: „Wenn ich auf meine Frau sehe, so sehe ich neben ihr eine zweite weibliche Figur wie einen Schatten."

Ich dachte an eine Abduzensparese und sandte den Patienten zu Dozenten Bachstetz. Befund: Abduzensparese, Stauungspapille. Diagnose: Hirntumor. Ich übergab Patienten einem gewiegten Neurologen. Er kam nach zwei Tagen zurück und verlangte Fortsetzung der seelischen Behandlung, die ihm so gut getan hätte. Ich vertröstete ihn, machte ihn auf die Bedeutung einer richtigen Diagnose, auf die Möglichkeit einer Operation aufmerksam. Patient lehnte jedes chirurgische Vorgehen ab und begab sich zu einem Homöopathen in Behandlung. Drei Wochen später Exitus.

Dieser Fall zeigt wie kaum ein zweiter die Notwendigkeit einer neurologischen Ausbildung und die Gefahren einer Laien-Analyse. Er mahnt aber die Analytiker zur Vorsicht. In jedem Fall ist an die Möglichkeit einer organischen Krankheit zu denken. Nur ein guter Arzt kann ein guter Analytiker sein! Dr. W. St.

Sexuelle Aufklärung in der Slowakei

Von E. Bien (Wien)

Während meines Weihnachtsurlaubes, den ich im slowakischen Städtchen N. verbrachte, bat mich die dortige Jugend, einen Vortrag über sexuelle Fragen zu halten. Der Vortrag, von einem Tag auf den anderen angekündigt, also ohne Vorbereitungszeit für entsprechende Propaganda, versammelte an die hundert Jugendliche beiderlei Geschlechts im Alter von 18 Jahren aufwärts.

Das Thema lautete: „Probleme der Sexualität" und ich bemerkte eingangs, daß ich nicht aufklären, sondern zur „aufgeklärten" Jugend über Problemstellungen und Erkenntnisse der modernen auf den psychoanalytischen Theorien aufgebauten Sexuologie sprechen möchte. Ich betonte auch, daß eine derartige öffentliche Erörterung des Sexuellen vor einem jugendlichen Forum noch vor zwanzig Jahren undenkbar gewesen wäre, während heute, dank der Aufklärungsarbeit der Psychoanalyse, dank den Schriften Freuds, Stekels, Hodanns usw., es ohne weiteres statthaft ist, mit ernsten Jugendlichen ernst über diese menschlichen, allzumenschlichen Dinge zu sprechen.

So sagte ich, mußte mich aber leider bald eines Besseren belehren lassen. Der Vortrag, der zwar ausdrücklich nur für Jugendliche bestimmt war, lockte auch einen älteren Herrn an, dem man natürlich den Einlaß nicht verwehren konnte und der ebenso ruhig wie die anderen Zuhörer meinen Ausführungen folgte. Nach dem Vortrag erbat Herr N. als erster das Wort: „Fünfundzwanzig Jahre bin ich Präsident des X.-Vereins und während dieser fünfundzwanzig Jahre habe ich noch nie in diesem Saal einen solchen Vortrag gehört . . ." Nun meinte ich und mit mir — wie mir später mitgeteilt wurde — auch die meisten meiner jugendlichen Zuhörer, daß er etwa folgendermaßen fortsetzen werde: „. . . und danke dem Vortragenden, daß er den Mut hatte, mit der althergebrachten Tradition zu brechen, über eine der wichtigsten Lebensangelegenheiten der Jugend zu sprechen und ihr einen Ausweg zu zeigen." Herr N. aber sagte: „. . . und bedauere, daß sich ein Arzt fand, der den traurigen Mut hatte, über diese schmutzigen und tierischen Dinge auf solche Art zu sprechen! Wenn schon ein Wiener Arzt kommt, um über ärztliche Probleme einen Vortrag zu halten, dann wohl eher über Ohrensausen oder Beinbrüche!" Sprach's und ging. Auf meine Aufforderung zu bleiben, um meine Antwort zu hören, meinte der wackere Herr, er sei auf nichts mehr neugierig.

Dieser Zwischenfall veranlaßte mich, an die Versammelten die Frage zu richten, ob sie alle gekommen wären, wenn ich einen Vortrag über Ohrensausen oder Beinbrüche angekündigt hätte, worauf ein hundertstimmiges „Nein" ertönte; er veranlaßte mich auch, diejenigen unter meinen Hörern, die sich mit dem Inzidenten solidarisch erklären, zu ersuchen, ihm zu folgen. Die Saaljustiz, die ergebnislos verlief und die nachherige lebhafteste Beteiligung an der mehr als zweistündigen Diskussion in mündlicher und schriftlicher Form bewies mir, wie groß das Bedürfnis der Jugend ist, die Wahrheit über das Sexualleben zu erfahren.

In vielen Großstädten gibt es heute Sexualberatungsstellen für Jugendliche, Vorträge und anderweitige Aufklärungsarbeit. Es wäre aber an der Zeit, sich endlich auch der Provinz anzunehmen und von einer Zentralstelle aus in einzelnen kleineren und größeren Städten Aufklärungsvorträge zu veranstalten, trotz des Widerstandes der konservativen Alten. Es wäre an der Zeit, mit einer gründlichen und ernsten, dem heutigen Stande unserer Wissenschaft

entsprechenden Aufklärungsarbeit bei der Provinzjugend zu beginnen, nicht nur in der Slowakei, sondern überall, wo es junge Menschen gibt, die ihre sexuelle Not fühlen und die immer wieder vergebens den so zermürbenden Kampf mit ihren sexuellen Konflikten aufzunehmen versuchen.

Die paradoxe Reaktion

Es gibt Menschen, denen es eine innere Genugtuung bereitet, sich in ihren Reaktionen von den vorausgesetzten normalen Reaktionen zu unterscheiden. Ich nenne das die „paradoxe Reaktion". Ein Maler erhält einen Brief von seiner Mutter, der voll des Lobes über seine letzten Arbeiten ist. Sie sendet ihm eine schmeichelhafte Kritik einer führenden Kunstzeitschrift. Er reagiert mit einer Depression. Ein anderes Mal erhält er die Nachricht, daß eines seiner Bilder von der Jury einer Kunstausstellung abgewiesen wurde. Er reagiert mit einer außerordentlichen Freude und wird den ganzen Tag von einem förmlichen Glücksgefühl durchflutet. Diese paradoxen Reaktionen lassen sich immer erklären, wenn man die betreffenden Menschen in Analyse hat. Es handelt sich um Schutzvorrichtungen der Seele gegen Enttäuschung, um eine Art buddhistischer Philosophie, sich im Glücke nicht zu freuen und Unglück zu ertragen.

Alfred Adler berichtet in seinem Werke „Probleme der Neurose" über einen ähnlichen Fall, der allerdings eine ganz andere Motivierung hat, als sie Adler herausgefunden hat. Es handelt sich um einen reichen Mann, Vater von drei Kindern, der jedesmal, wenn er sich mit seiner Frau und den Kindern der Öffentlichkeit zeigt, eine Depression erleidet und an einen Freund denken muß, der vor Jahren gestorben ist. Er sitzt im Theater in einer Loge, neben ihm die schöne Frau und seine Kinder und da wird er traurig und muß an den toten Freund denken. Dieser war sein Rivale sowohl bei der Frau als im Geschäfte. Damals bewarben sich beide um das Mädchen und unser Mann blieb siegreich. Der andere starb bald, er lebt und ist erfolgreich. Es wäre Grund genug, jetzt ein Gefühl des Triumphes sichtbar auszudrücken. Aber Adler meint, er könne so seine Überlegenheit am besten beweisen, wenn er in solchen Situationen eine traurige Miene an den Tag legt. Wir erfahren aber, daß die Ehe nicht glücklich ist. Die Frau ist nervös und flüchtet in ihre Krankheit, sobald ihr der Mann unangenehm wird. Es läge also nahe anzunehmen, der Mann bedauere es, daß er damals der Sieger gewesen und die ihm jetzt lästige Frau erobert habe. Es kommt aber noch schöner. Wir erfahren, daß er und sein Freund zugleich mit Lues infiziert wurden. Der Freund starb an den Folgen der Infektion, unser Mann wurde geheilt und ist Vater dreier gesunder Kinder. Er könnte also wieder triumphieren. Warum die Depression? Warum der Zwangsgedanke an den Freund? Meine Erklärung ist einfach, aber ich glaube überzeugend. Der Mann weiß, daß die Syphilis furchtbare Folgen haben kann: Tabes, Paralyse und noch andere bittere Nachkrankheiten. Über ihm schwebt das Damoklesschwert der Metalues! Gerade in den Momenten des Triumphes muß er an den Freund denken, d. h. nach meiner Auffassung an die Lues und sich fragen: „Wie lange noch wird dieses Glück dauern? Wie lange noch wirst du dich deiner Kinder und deiner Gesundheit erfreuen? Schon morgen vielleicht kann der verhängnisvolle Keim der Krankheit sich auswirken . . ."

Diese paradoxe Reaktion ist keine solche. Sie ist eine natürliche und selbstverständliche Reaktion eines Mannes, der eine Lues überstanden hat und deren Folgen fürchtet.

Dr. W. St.

Die **„Internationale Vereinigung ärztlicher Analytiker"** wird sich an dem im Mai in Dresden stattfindenden VI. Kongreß für ärztliche Psychotherapie korporativ beteiligen. Die Hauptthemen sind: Traumpsychologie und Beziehungen zwischen organischen und seelischen Krankheiten. Hauptreferenten sind Dr. Jung, Rob. Kretschmer und Dr. Heyer.

Berichte über die Allgem. ärztl. Kongresse für Psychotherapie

2. Kongress in Bad Nauheim von 27.—30. April 1927. XI, 369 Seiten Gr.-8°. Broschiert RM 18.—, Leinen RM 20.—

3. Kongress in Baden-Baden vom 20.—22. April 1928. X, 326 Seiten. Gr.-8°. Broschiert RM 18.—, Leinen RM 20.—

4. Kongress in Bad Nauheim vom 11.—14. April 1929. X, 200 Seiten. Broschiert RM 14.—, Leinen RM 16.—

5. Kongress in Baden-Baden vom 26.—29. April 1930. VIII, 308 Seiten. Gr.-8°. Broschiert RM 18.—, Leinen RM 20.—

Journal für Psychologie und Neurologie: Dem Vorwort und kurzem Tagungsbericht des V. Kongreßberichtes folgt ein Referat des indologischen Referenten I. W. Hauer-Tübingen über den Yoga im Lichte der Psychotherapie. Der Verf. beschreibt den Heilweg des Yoga als eine Anleitung zur Lösung des Menschen von den ihn bindenden Ursachen im Unterbewußtsein durch ein bis in die letzten Tiefen seiner Seele dringendes Bewußtwerden. Der Mensch gesundet, sobald er vom Kampf des Bewußtseins frei wird und Bewußtes und Unbewußtes als eine lebendige Einheit erlebt. Das klinische Hauptthema: Zwangsneurosen wurde von 3 Referenten behandelt. Wilhelm Stekel-Wien, sprach über die Psychologie der Zwangskrankheit, H. Hoffmann-Tübingen über Psychopathologie und Klinik der Zwangsneurose und Hans Luxenburger-München über Heredität und Familientypus der Zwangsneurotiker (anankastischen Psychopathen). Das interessante Referat von Stekel stellt die Zwangskrankheit der Gegenwart der Hysterie der letzten Generation gegenüber und bringt, unterbrochen von einigen instruktiven Beispielen, eine Analyse der Zwangskrankheit, die von der Phobie unterschieden wird. Es ist ein erfreuliches Zeichen für die gegenwärtige Situation, daß die Ausführungen von H. Hoffmann-Tübingen, der das Problem der Zwangsneurose unter psychopathologischem und klinischem Gesichtspunkt aufrollt, daher auch mehr auf die organisch-neurologischen Grundlagen, z. B. auf die Beziehungen zur Encephalitis u. a. eingeht, in so wesentlichen Zügen mit den Darlegungen Stekels übereinstimmt. Die zahlreichen übrigen Vorträge können hier nicht alle referiert werden. Von ihnen seien hier nur einige genannt: Krisch: Die Strukturanalyse der Psychoneurosen; Pollak: Therapie der Zwangsneurose; Simmel: Zum Problem von Zwang und Sucht; Schindler: Was wissen wir über die Endzustände (Schicksale) der Zwangsneurose? Trömner: Zur Dynamik der Träume; Göring: Der Einfluß der Religion bei Zangsneurosen; Seif: Individualpsychologie und Zwangsneurose u. a. Jeder Psychotherapeut, Neurologe und Psychiater sollte sich den inhaltsreichen Band zulegen. Zwirner (Berlin-Buch).

VERLAG S. HIRZEL / LEIPZIG C 1

Printed in Germany

AUGUST PRIES, LEIPZIG